

**Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie auf suizidales
und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline- Patienten**

Systematische Literaturübersicht

Erarbeitet von:

Anja Sterren

Eichibodo

3938 Ausserberg

anjasterren@hotmail.com

Kurs:

Bachelor 08

Unter Begleitung von :

Franziska Heldner- Metzger

Pflegeexpertin HöFA II

Dank

„Was wir am nötigsten brauchen, ist ein Mensch, der uns zwingt, das zu tun, was wir können.“

(Ralph Waldo Emerson)

In Anlehnung an dieses Zitat danke ich ganz besonders Frau Franziska Heldner für die wertvolle Begleitung bei der Erstellung der vorliegenden systematischen Literaturübersicht. Ein weiterer Dank geht an meine Familie, meine Freundinnen, meinen Freund David Zenhäusern sowie an meine Mitstudierende Franziska Lauber. Ich möchte mich für eure Motivation, Unterstützung und Geduld im letzten Jahr bedanken. Ein weiteres Dankeschön geht an Cindy Treyer und an Fabian Anderegg für die hilfreichen Tipps und für die formelle Überprüfung dieser Arbeit.

Zusammenfassung

Problembeschreibung: Suizidale und selbstverletzende Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung zählen in der Pflege zu den sogenannten schwierigen Patienten. Pflegende werden in ihrem therapeutischen Handeln hinterfragt und teils an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gebracht, was zu einem therapiegefährdendem Verhalten gegenüber dem Patienten führen kann. In der Behandlung der Borderline-Patienten mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten ist zusätzlich zu einer symptomorientierten pharmakologischen Therapie eine Psychotherapie unerlässlich. Empirisch sind unter diversen Psychotherapien insbesondere bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) positive Effekte bekannt. Die DBT ermöglicht den Pflegenden durch konzeptionell fest vereinbarte Strategien und eine dialektische Sichtweise die Unterstützung des Patienten in der Reduktion oder Beseitigung von selbstverletzendem Verhalten, was in der Nursing Interventions Classification (NIC) als Pflegeintervention aufgeführt wird.

Ziel: Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Literatur zur Wirksamkeit der DBT auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten schaffen. Es wird folgender Fragestellung nachgegangen: Wie wird in der wissenschaftlichen Literatur die Wirksamkeit der DBT auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten beschrieben? Um eine qualitativ hohe und evidenzbasierte Pflege gewährleisten zu können, sollen die Ergebnisse den Pflegefachpersonen und Pflegestudierenden Erkenntnisse liefern, welche den Umgang mit dieser Patientengruppe erleichtern.

Methode: Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine systematische Literaturübersicht erstellt. In den pflegerelevanten und themenspezifischen Datenbanken Cochrane, PubMed, Cinahl, Health Source und PsycINFO wurde systematisch nach relevanter Literatur gesucht. Durch definierte Auswahlkriterien wurden acht Studien zur Analyse gefunden.

Ergebnisse: In fünf der acht analysierten Studien wurde suizidales sowie selbstverletzendes Verhalten untersucht, in drei Studien nur selbstverletzendes Verhalten. In allen acht Studien wurde ein positiver Effekt der DBT auf suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten nachgewiesen, in fünf Studien war dieser Effekt signifikant. Des Weiteren stellte sich die DBT als wirksam heraus zur Reduktion von Suizidgedanken, Hospitalisierungen, Notfallbesuchen und medizinischem Risiko aufgrund suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens und führte zu einer verbesserten Lebensmotivation.

Schlussfolgerungen: Die DBT eignet sich als wirksame Intervention bei suizidalen und selbstverletzenden Borderline-Patienten. Pflegende und Pflegestudierende sollten sich über diese Thematik informieren und sich in DBT-Ausbildungen mit den spezifischen Behandlungsstrategien und der dialektischen Sichtweise vertraut machen. So kann eine professionelle, verständnisvolle und vertrauenswürdige Pflege gewährleistet werden, wodurch die Beziehungsgestaltung zum Patient erleichtert wird.

Key words: dialectical behavior therapy – borderline personality disorder – self injurious behavior – deliberate self harm – self injury

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
1.1 PROBLEMBESCHREIBUNG	1
1.2 FRAGESTELLUNG	6
1.3 ZIELSETZUNG.....	6
2. THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN	7
2.1 BORDERLINE- PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG.....	7
2.1.1 Definition und Klassifikation.....	7
2.1.2 Ätiologie	8
2.1.3 Verlauf	9
2.1.4 Stigma und Therapie.....	10
2.2 SUIZIDALES UND SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN	11
2.2.1 Definitionen und Einteilung.....	11
2.2.2 Suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung.....	13
2.2.3 Ätiologie und Motive.....	13
2.2.4 Empirische Messinstrumente	14
2.2.5 Therapie.....	15
2.3 DIALEKTISCH- BEHAVIORALE THERAPIE (DBT)	16
2.3.1 Definition	16
2.3.2 Behandlungskonzept	16
2.3.4 Behandlungsstrategien	18
2.3.5 Dialektisch- Behaviorale Therapie in der Pflege	18
3. METHODE	20
3.1 FORSCHUNGSDESIGN	20
3.2 DATENSAMMLUNG	21
3.3 DATENAUSWAHL	21
3.4 DATENANALYSE	22
4. ERGEBNISSE.....	23
4.1 MERKMALE DER ANALYSIERTEN STUDIEN.....	24
4.2 BESCHREIBUNG DER ANALYSIERTEN STUDIEN.....	25
4.2.1 Randomisiert kontrollierte Versuche	25
4.2.2 Nicht randomisierte Interventionsstudien	31
4.3 HAUPTERGEBNISSE DER ANALYSIERTEN STUDIEN	35
4.4 QUALITÄT DER ANALYSIERTEN STUDIEN.....	40
5. DISKUSSION	44
5.1 DISKUSSION DER MERKMALE DER ANALYSIERTEN STUDIEN	44
5.2 DISKUSSION DER HAUPTERGEBNISSE DER ANALYSIERTEN STUDIEN.....	47
5.3 DISKUSSION DER QUALITÄT DER ANALYSIERTEN STUDIEN	52
5.4 KRITISCHE WÜRDIGUNG.....	55
6. SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	58
6.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PFLEGEPRAXIS UND DIE PFLEGEAUSBILDUNG	58
6.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PFLEGEFORSCHUNG.....	59
7.LITERATURVERZEICHNIS	61

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: SUCHSTRATEGIE	21
TABELLE 2: STUDIENAUSWAHL NACH EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	22
TABELLE 3: UNTERSCHIEDLICHE DEFINITIONEN VON SUIZIDALEM UND/ODER SELBSTVERLETZENDEM VERHALTEN.....	23
TABELLE 4: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE VERHEUL ET AL. (2003)	26
TABELLE 5: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE VAN DEN BOSCH ET AL. (2005)	27
TABELLE 6: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE LINEHAN ET AL. (2006).....	28
TABELLE 7: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE MCMAIN ET AL. (2009).....	30
TABELLE 8: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE CARTER ET AL. (2010)	31
TABELLE 9: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE BOHUS ET AL. (2004)	32
TABELLE 10: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE COMTOIS ET AL. (2007)	33
TABELLE 11: ERGEBNISSE UND MESSINSTRUMENTE DER STUDIE HARNED ET AL. (2010).....	34
TABELLE 12: INTERVENTIONEN UND HAUPTERGEBNISSE DER ANALYSIERTEN STUDIEN.....	39
TABELLE 13: GESAMTQUALITÄT DER ANALYSIERTEN STUDIEN.....	43

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Fiedler (2001) definiert die Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen als Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit welchen er den gesellschaftlich- kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen sucht. Als Störungen der Persönlichkeit bezeichnet der Autor all jene Persönlichkeitsmerkmale, welche für die Betroffenen eine Last oder ein Leiden darstellen. Dass Persönlichkeitsstörungen für die Betroffenen eine emotionale Belastung darstellen, betonen auch Davison, Neale und Hautzinger (2007). Sie definieren die Persönlichkeitsstörungen als lange bestehende, tiefgreifende und unflexible Verhaltensmuster, die das berufliche, sowie das soziale Leistungsvermögen der Betroffenen erheblich beeinträchtigen können. Es gibt verschiedene Formen der Persönlichkeitsstörungen und zu einer dieser Formen gehört nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV) die Borderline- Persönlichkeitsstörung.

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung ist eine tiefgreifende psychische Krankheit, die vor allem gekennzeichnet ist durch Störungen des Selbstbildes und der Affekt- Regulation, sowie Instabilität in der Impulskontrolle und in zwischenmenschlichen Beziehungen. Betroffen von der Borderline- Persönlichkeitsstörung ist etwa 1- 2% der allgemeinen Bevölkerung (Schwartz, Blazer, George & Winfield, 1990; Widinger & Weissmann, 1991; Torgersen, Kringlen & Cramper, 2001, zit. in Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). Davon sind 70% Frauen, die an der Borderline- Persönlichkeitsstörung leiden. Unter den psychisch kranken Kindern und Jugendlichen beträgt die Prävalenz der Borderline- Persönlichkeitsstörung zwischen 7.8% und 11%. Auch hier sind vermehrt Mädchen betroffen (Schwartz et al., 1990; Bernstein et al., 1993; Torgersen et al. 2001, zit. in Lieb et al., 2004). Laut dem Bundesamt für Statistik (2008) sind 3.1% der Behandlungsfälle in psychiatrischen Kliniken Patienten¹ mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Nach Lieb et al. (2004) befinden sich 10% von den Betroffenen der Borderline- Persönlichkeitsstörung in ambulanter und 20% in stationärer psychiatrischer Behandlung (Schwartz et al., 1990; Widinger & Weissmann, 1991; Torgersen et al., 2001, zit. in Lieb et al., 2004).

¹ Unter dem Begriff Patienten werden in der vorliegenden Arbeit sowohl weibliche als auch männliche Personen verstanden.

In der Klassifikation des DSM- IV ist die Borderline- Persönlichkeitsstörung in neun Kriterien unterteilt, worunter das Kriterium fünf wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder – drohungen oder Selbstverletzungsverhalten darstellt (American Psychiatric Association, 1994; Sass, Houben, Herpertz & Steinmeyer, 1996, zit. in Fiedler, 2001). Dies ist mit 96% das am häufigsten erfüllte DSM- IV Kriterium der Borderline- Persönlichkeitsstörung (Barth, 2007, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009).

Suizidales Verhalten wird in Wolfersdorf (1989; Wolfersdorf, 2000, zit. in Wolfersdorf, 2008) durch den Begriff „Suizidalität“ definiert und beinhaltet alle Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, durch passives Unterlassen oder durch Handeln lassen den eigenen Tod anstreben oder als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen. Selbstverletzendes Verhalten wird definiert als absichtliche und direkte Schädigung des eigenen Körpers ohne Suizidabsicht, welche unterschiedliche Funktionen erfüllen kann und sozial nicht akzeptiert wird (Nock & Prinstein, 2005; Whitlock & Knox, 2007; Petermann & Winkel, 2009, zit. in Nitkowski & Petermann, 2009). Man spricht auch von parasuizidalem, selbstmutilativem oder selbstschädigendem Verhalten (Schmahl & Stiglmayr, 2009).

Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir und Lejuez (2003) betonen, dass die Rate des parasuizidalen, suizidalen sowie des selbstverletzenden Verhaltens bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung alarmierend sei. Dies wird auch durch die American Psychiatric Association (2001, zit. in Lieb et al., 2004) bestätigt, indem auf die hohe, durch Selbstmord bedingte Mortalitätsrate bei Borderline- Patienten hingewiesen wird, denn über 10% der Patienten begehen Selbstmord. Dieser Anteil ist etwa 50 Mal so hoch wie bei der allgemeinen Bevölkerung. Zanarini, Gunderson, Frankenburg und Chauncey (1990, zit. in Gerson & Stanley, 2002) berichten von einer Prävalenz von 70.8% bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung, die sich selber verletzt haben oder Suizidabsichten hatten. Im Vergleich dazu sind es bei anderen Persönlichkeitsstörungen 17.5%. In Schmahl & Stiglmayr (2009) liegt die Prävalenzrate des bewussten selbstverletzenden Verhaltens ohne suizidale Absicht bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung zwischen 73% und 90% und wird auch hier als sehr hoch bezeichnet.

In der Pflege zählen Patienten mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten zu den sogenannten schwierigen Patienten, da diese Patientengruppe auf die Pflegenden stark irritierend wirkt. Das Verhalten der sich selbstverletzenden Klienten kann bei den Pflegenden verschiedene Reaktionen, wie zum Beispiel Angst, Schuld, Ärger oder Wut auslösen (Schoppmann, 2009), und, wie Ahrens (2006) schreibt, eine emotionale Belastung darstellen. Eine zusätzliche Belastung, welche die Arbeit mit Patienten mit selbstverletzendem Verhalten erschwert, stellen die hohen und individuellen Erwartungen der Patienten dar, welche sie in Bezug auf den Umgang mit ihrer Persönlichkeit und Krankheit an die

Pflegenden stellen (Schopmann, 2003). Während der stationären und teilweise ambulanten Behandlung werden Pflegende durch das selbstverletzende Verhalten der Patienten in ihrem therapeutischen Handeln hinterfragt und nicht selten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gebracht, was zu einem therapiegefährdendem Verhalten gegenüber dem Patienten führen kann. Entwertung des Patienten und fehlende Unterstützung sind die Folge. Weiter kann es bis zum Burn- out- Phänomen seitens der Pflegefachkräfte kommen (O'Brien, 1998, zit. in Früchtnicht, Grüttert & Friege, 2003).

Bei der Therapie von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung sollte grundsätzlich immer eine symptomorientierte pharmakologische Behandlung gemeinsam mit einer psychotherapeutischen Intervention erfolgen (Quante, Röpke, Merkl, Angelescu & Lammers, 2008). Als Medikamente werden laut Hauser (2009) Lithiumpräparate, Neuroleptika, Antipsychotika und Antidepressiva eingesetzt. Als psychotherapeutische Interventionen erwähnen die Autoren Bohus und Schmahl (2007) die folgenden vier manualisierten psychotherapeutischen Behandlungskonzepte. Die konzipierte Mentalization Based Therapy von Bateman und Fonagy (2008) ist eine psychoanalytisch orientierte, teilweise stationäre Therapie mit dem Schwerpunkt auf individueller und Gruppentherapie, basierend auf dem Konzept der Mentalisation, wobei mentalisieren das Erleben und Interpretieren von äußerlich wahrnehmbarem Verhalten im Zusammenhang mit inneren (mentalen) Vorgängen bedeutet. Die von Young entwickelte Schema Focused Therapy besteht aus einer Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und erlebnisorientierten Techniken. Schwerpunkte sind die therapeutische Beziehung als Weg zur Verhaltensänderung und die emotionale Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse (Arntz & van Genderen, 2010). Die Transference Focussed Psychotherapy von Kernberg ist eine störungsspezifische Modifikation der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Sie ist eine ambulante Einzelpsychotherapie, deren Fokus auf der Übertragung kindlicher Gefühle, Erwartungen oder Affekten auf aktuelle soziale Beziehungen liegt (Buchheim & Doering, 2007). Empirisch konnten jedoch laut Bohus und Schmahl (2007) insbesondere bei der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) von Linehan positive Effekte nachgewiesen werden. Auch gemäß Ahrens (2004) ist die Dialektisch- Behaviorale Therapie das nachweislich erfolgreichste Behandlungsprogramm bei suizidalen und selbstverletzenden Borderline- Patienten.

Die Standard- DBT ist eine umfangreiche auf Fertigkeiten basierende Behandlung, welche aus verschiedenen Verhaltensstrategien aufgebaut ist. Sie beinhaltet ein Fertigkeitentraining in der Gruppe, eine individuelle Psychotherapie, ein 24 Stunden Telefoncoaching und eine Supervisionsgruppe (Chen, Matthews, Allen, Kuo & Linehan, 2008). Die Dialektisch- Behaviorale Therapie war ursprünglich eine Therapie für ambulante Patienten, obwohl sie mittlerweile auch zur Pflege von stationären Patienten geeignet ist (Palmer et al., 2003). Für suizidale Jugendliche mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung wurde die Therapie weiterentwickelt zur Dialektisch- Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT- A),

die zudem regelmäßige Familiengespräche beinhaltet und einen nahen Angehörigen in das Fertigkeitentraining in der Gruppe integriert (Fleischhaker, Munz, Böhme, Sixt & Schulz, 2006).

Ahrens (2004) betont die Wichtigkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie im Zusammenhang mit der Pflege von Patienten mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, da diese Therapie mit der Anwendung einer präzise strukturierten Denkweise den Pflegenden die Möglichkeit bietet, gelassener und effektiver zu pflegen. Laut Nehls (2000, zit. in Früchtnicht et al., 2003) sind Pflegekräfte oft erste Ansprechpartner in Krisensituationen und müssen sich deshalb mit der dialektischen Sichtweise vertraut machen, um die daraus entwickelten Behandlungsstrategien zu verstehen und anwenden zu können. Zum Vorgehen in Krisensituationen gibt es, wie Horsfall (1999, zit. in Früchtnicht et al., 2003) schreibt, in der Dialektisch- Behavioralen Therapie konzeptionell fest vereinbarte Strategien, welche die Autonomie der sich selbstverletzenden Patienten wahren und fördern, den Ist- Zustand annehmen und gleichzeitig Veränderung etablieren. Diese Vorgehensweisen können in regelmäßigen stationsinternen Fortbildungen besprochen und geübt werden. Daraus ergibt sich für die Pflegenden in einer Krise und in anderen Kontakten ein hohes Maß an Eigenständigkeit und Sicherheit im Umgang mit den Borderline-Patienten. Gemäss der Nursing Interventions Classification (NIC) ist das „Behavior Management: Self-Harm“ eine Pflegeintervention und beinhaltet die Unterstützung des Patienten in der Reduktion oder Beseitigung von selbstverletzendem Verhalten (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochtermann, 2008).

Es wurden bereits drei systematische Literaturübersichten über die Thematik der Dialektisch- Behavioralen Therapie bei Borderline- Patienten erstellt. Der Schwerpunkt der holländischen systematischen Literaturübersicht von Backer, Miller und van den Bosch (2009) war es, die Effektivität der DBT bei Jugendlichen von 12 bis 18 Jahren zusammenzufassen. Die Dialektisch- Behaviorale Therapie zeigte ihre Wirksamkeit bei der Behandlung von Essstörungen, bipolaren Störungen, Aggression und nicht- suizidalem selbstverletzendem Verhalten.

Die systematische Literaturübersicht von Hawton et al. (2009) verfolgte das Ziel, aufgrund aller randomisiert kontrollierter Versuche die Effektivität möglicher psychologischen und pharmakologischen Behandlungen zur Prävention von zukünftigem selbstverletzendem Verhalten aufzuzeigen. Es erwiesen sich die Dialektisch- Behaviorale Therapie sowie Depot Flupenthixol als wirksame Methoden zur Reduktion von selbstverletzendem Verhalten. In dieser systematischen Literaturübersicht wurden nur Studien eingeschlossen, die bis 1999 publiziert wurden. Die Autoren betonen, dass mehr Evidenz benötigt werde um die Effektivität der Therapien zu bestätigen.

Die systematische Literaturübersicht von den Autoren Binks et al. (2006) überprüfte die Wirksamkeit von verschiedenen psychologischen Interventionen bei Personen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Dialektisch- Behaviorale Therapie, sowie die „Mentalization Based Therapy“ von Bateman und Fonagy (2008) stellten sich als nützliche Interventionen zu unterschiedlichen

Outcomes heraus, wie zum Beispiel bei Depressionen, Essstörungen, parasuizidalem Verhalten, Hospitalisation oder Einlieferung ins Gefängnis.

Es besteht zudem eine Metaanalyse über die Effektivität der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung (Kroger & Kosfelder, 2007). Diese untersucht die durchschnittliche Wirksamkeit der DBT zur Reduktion von Impulsivität, allgemeinen Symptombelastungen und Schwierigkeiten auf der Ebene der sozialen Anpassung, sowie die Adaption der DBT im stationären Setting. Die Ergebnisse bestätigen die Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie bei der Reduktion von impulsivem, potentiell selbstschädigendem Verhalten und im Bereich der sozialen Anpassung.

Im Zeitraum der letzten zehn Jahre besteht keine systematische Literaturübersicht über die Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie bei erwachsenen Borderline- Patienten, bei denen ausschließlich das suizidale und selbstverletzende Verhalten als Outcome untersucht wird. Da außerdem laut dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) die Wirkung einer erbrachten Leistung nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss, damit deren Kosten übernommen werden (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2010), wird zur genannten Thematik eine deutsche systematische Literaturübersicht erstellt. Somit kann eine wissenschaftlich fundierte Wissensgrundlage geschaffen und die Qualität der Pflege erhalten, beziehungsweise optimiert werden (Mayer, 2007).

1.2 Fragestellung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht folgende Forschungsfrage: Wie wird in der wissenschaftlichen Literatur die Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline- Patienten beschrieben?

1.3 Zielsetzung

Die gegenwärtige Arbeit verfolgt das Ziel, durch die Analyse relevanter Studien einen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Literatur zur Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline- Patienten zu schaffen.

Um eine qualitativ hohe und evidenzbasierte Pflege gewährleisten zu können, sollen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vor allem Pflegefachpersonen und Pflegestudierenden auf psychiatrischen Abteilungen, aber auch Pflegenden in anderen Fachbereichen, sensibilisieren und ihnen Erkenntnisse liefern, welche den Umgang mit Borderline- Patienten mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten erleichtern können. Das Pflegepersonal soll animiert werden, die Dialektisch- Behaviorale Therapie in Zukunft vermehrt anzuwenden und sich an Aus- und Weiterbildungen in diesem Bereich zu beteiligen.

2. Theoretischer Bezugsrahmen

Im theoretischen Bezugsrahmen wird auf die Hauptkonzepte der systematischen Literaturübersicht genauer eingegangen. Zu diesen Konzepten gehören: Borderline- Persönlichkeitsstörung, suizidales und selbstverletzendes Verhalten, sowie Dialektisch- Behaviorale Therapie.

2.1 Borderline- Persönlichkeitsstörung

2.1.1 Definition und Klassifikation

Der Begriff „Borderline“ ist Englisch und bedeutet Grenzlinie. In der Forschung und in der Klinik wird der Begriff Borderline- Persönlichkeitsstörung (DSM- IV), sowie emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD- 10, F 60.3) verwendet (Davison et al., 2007).

Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Klassifikationssystem (DSM- IV) wird die Borderline- Persönlichkeitsstörung definiert als tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, sowie deutliche Impulsivität mit Beginn im frühen Erwachsenenalter. Mindestens fünf der folgenden neun Kriterien müssen erfüllt sein, um bei einem Patienten die Diagnose der Borderline- Persönlichkeitsstörung stellen zu können: verzweifelter Bemühen, tatsächlich oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden, instabile, intensive Beziehungen, die gekennzeichnet sind durch einen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung, eine Identitätsstörung sowie Impulsivität. Weitere Kriterien stellen wiederholt suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen, -drohungen oder Selbstverletzung, sowie affektive Instabilität, chronische innere Leere, unangemessene oder unkontrollierbare Wut und vorübergehend, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen und schwere dissoziative Symptome dar (Fiedler, 2001). Unter Dissoziation kann die anteilige oder vollständige Abspaltung des Bewusstseins oder des Gedächtnisses von eigenen Körperempfindungen und von der Wahrnehmung der eigenen Person oder der Umgebung verstanden werden (de Gruyter, 2007).

Persönlichkeitsstörungen werden nach dem DSM- IV in drei Cluster unterteilt, dem Cluster A (absonderliches oder exzentrisches Verhalten), B (dramatisches, emotionales oder launenhaftes Verhalten) und C (furchtsames oder ängstliches Verhalten). Die Borderline- Persönlichkeitsstörung zählt unter anderen zum Cluster B (Davison et al., 2007).

In der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD- 10) wird die Borderline- Persönlichkeitsstörung als emotional instabile Persönlichkeitsstörung bezeichnet und wird in den impulsiven und den Borderline- Typus eingeteilt. Der impulsive Typus zeichnet sich durch emotionale Instabilität und ein Mangel an Impulskontrolle aus. Vor allem bei Kritik kann es bei den

Patienten zu gewalttätigen oder bedrohlichen Verhaltensausbrüchen kommen. Der Borderline- Typus ist gekennzeichnet durch Symptome wie Instabilität, Unklarheiten oder Störungen von Selbstbild und des Verhaltens. Wie auch im DSM- IV wird im ICD- 10 auf die innere Leere der Patienten verwiesen und auf die intensiven, jedoch unbeständigen Beziehungen, welche emotionale Krisen nach sich ziehen können. Diese Krisen sind gekennzeichnet durch übertriebene Bemühungen, nicht verlassen zu werden, Selbstmorddrohungen oder selbstschädigendes Verhalten (Davison et al., 2007).

2.1.2 Ätiologie

In der Studie von Bandelow et al. (2005) werden folgende Faktoren als Ursachen für die Borderline- Persönlichkeitsstörung erwähnt: der kindlichen sexuelle Missbrauch, die Trennung von den Eltern in der Kindheit sowie der Erziehungsstil der Eltern und familiäre neurotische Krankheiten. Diese Ursachen werden nun von weiteren Autoren in verschiedenen Theorien genauer erläutert.

Davison et al. (2007) verdeutlichen, dass es über die Ursachen der Borderline- Persönlichkeitsstörung mehrere Ansichten gibt. Die Autoren erläutern folgende drei Theorien, um die Ursachen dieser Krankheit zu erfassen und zu erklären: die Objektbeziehungstheorie, die biologischen Faktoren und die Diathese- Stress- Theorie.

Die Objektbeziehungstheorie geht davon aus, dass Menschen je nach Beziehungserfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen aus ihrer Vergangenheit, wie beispielsweise die Eltern, auf ihre Welt reagieren. Diese Erfahrungen stehen manchmal im Gegensatz zu ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen. Schädliche Erfahrungen in der Kindheit, wenn Eltern beispielsweise Liebe und Aufmerksamkeit auf widersprüchliche Weise vermittelten, können dazu führen, dass das Kind ein unsicheres Ego entwickelt (Kernberg, 1985, zit. in Davison et al., 2007). Als weitere Ursachen für die Borderline- Persönlichkeitsstörung beschreibt diese Theorie schädliche Ereignisse wie sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit (Zanarini et al., 1997, zit. in Davison et al., 2007), oder Trennung von den Eltern (Paris, Zweig & Guzder, 1994, zit. in Davison et al., 2007). Die Schwierigkeiten in der Emotionsregulation der Borderline- Patienten werden in der Objektbeziehungstheorie durch einen Abwehrmechanismus erklärt, die sogenannte Spaltung der Realität der Betroffenen. Objekte werden von den Borderline- Patienten gewöhnlich in gut und böse getrennt; die Welt der Borderline- Patienten besteht aus Schwarz und Weiß (Davison et al., 2007).

Zu den biologischen Faktoren zählen eine beeinträchtigte Funktionsweise der Frontallappen, bedingt durch einen erniedrigten Glukosestoffwechsel. Von den Frontallappen wird angenommen, dass sie eine Rolle bei der Impulsivität der Patienten spielen (Goyer, Andreason, Semple & Clayton, 1994; Schmahl, Vermetten, Elzinga & Bremner, 2003, zit. in Davison et al., 2007). Ein weiterer biologischer Faktor bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung stellt ein erniedrigter Serotoninspiegel dar, welcher

wahrscheinlich einen Einfluss auf die Wut bei Borderline- Patienten hat (Hollander et al., 1994, zit. in Davison et al., 2007).

Die Diathese- Stress- Theorie besagt, dass es bei Menschen mit einer biologischen Disposition zur erschwerten Emotionsregulation (Diathese) dann zu einer Borderline- Persönlichkeitsstörung kommt, wenn sie in einer entwertenden familiären Umgebung aufwachsen. Eine entwertende Umgebung wird als Umgebung definiert, welche die Gefühle und Wünsche der Betroffenen weder berücksichtigt noch respektiert. Die Betroffenen werden in ihren Bemühungen, ihre Gefühle auszudrücken nicht beachtet oder sogar bestraft. Als externe Form der Entwertung wird erneut der physische oder sexuelle Missbrauch bezeichnet, welcher bei den Betroffenen zur Dissoziation führen kann (Ross-Gower, Waller, Tyson & Elliott, 1998, zit. in Davison et al., 2007). Weiter betonen die Autoren Davison et al. (2007) in der Diathese- Stress- Theorie, dass die Borderline- Persönlichkeitsstörung mit der Posttraumatischen Belastungsstörung, auch Posttraumatisches Stresssyndrom genannt, im Zusammenhang steht. Traumatische Erfahrungen, wie Missbrauch und dissoziative Zustände während oder nach der Traumatisierung, bedingen die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Schließlich besagt die Diathese- Stress- Theorie, dass die Stress- Reaktion der Patienten auf Belastungen, wie Traumatisierungen, sich ungünstig auf einen Teil des Großhirns (Hippocampus) auswirken. So treten bei Menschen mit kleineren hippocampalen Strukturen eine verminderte Stresstoleranz und affektive Dysregulationen auf.

Weitere neurobiologische Ursachen der Borderline- Persönlichkeitsstörung erwähnen Lieb et al. (2004). Die Autoren schreiben, dass die Amygdala, der zentrale Teil des stressverarbeitenden Systems, bei den Borderline- Patienten übererregbar und verkleinert ist. Diese neurologische Veränderung in Zusammenhang mit dem verkleinerten Hippocampus beeinflusst die Gefühlsverarbeitung der Patienten und bewirkt, dass sie überempfindlich reagieren. Als weitere Ursachen der Borderline- Persönlichkeitsstörung werden genetische Faktoren, sowie verschiedene Erziehungsstile in der Kindheit erwähnt. In wie weit prä- und postnatale Faktoren die Borderline- Persönlichkeit beeinflussen würden, sei noch unbekannt.

2.1.3 Verlauf

Das Störungsbild der Borderline- Persönlichkeitsstörung zeigt sich häufig bereits in der beginnenden Adoleszenz in Form von Essstörungen, selbstschädigendem Verhalten, Suizidversuchen, Auffälligkeiten des Sozialverhaltens und Störungen der Affektregulation. Die erste stationäre psychiatrische Behandlung erfolgt im Durchschnitt jedoch erstmals im Alter von 24 Jahren (Bohus & Höschel, 2006). McGlashan (2001, zit. in Hauser, 2009) schreibt, dass es gewöhnlich lange dauert, bis die Borderline- Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann, da am Anfang häufig eine andere Störung, wie

Sucht, Angst oder Essstörungen bei den Patienten im Vordergrund steht. Der Verlauf der Krankheit ist zwischen männlichen und weiblichen Patienten unterschiedlich. Männliche Borderline- Patienten landen eher im Gefängnis als in der Klinik. Mädchen und Frauen mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung haben vermehrt eine Neigung zu selbstverletzendem Verhalten, während bei Jungen und Männern Drogen- oder Alkoholmissbrauch und Extremerfahrungen wie Bungee Jumping überwiegen.

2.1.4 Stigma und Therapie

Auf den psychiatrischen Abteilungen gelten die Borderline- Patienten häufig als manipulativ und unberechenbar. Außerdem werden sie als schwierige Patienten bezeichnet, was zur Abwertung und zu Vorurteilen führen kann (Knuf & Tilly, 2004). Es kann dazu kommen, dass psychisch kranke Patienten diese stigmatisierenden Einstellungen gegen sich selbst richten und mit Selbst- Stigmatisierung reagieren. Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche die existierenden Stereotypen kennen und ihnen zustimmen, reagieren oftmals mit Selbstdiskriminierung auf diese Selbstvorurteile. Die Furcht vor Stigma und Selbst- Stigmatisierung kann zu weniger Krankheitsakzeptanz, bis hin zur Entscheidung führen, keine Therapie zu beginnen oder sie vorzeitig abubrechen (Schiel, 2005). Hohe Therapieabbruchsraten sind bei Borderline- Patienten bekannt. Es haben beispielsweise 67% der Patientinnen, die an einer ambulanten Therapie in einer psychiatrischen Klinik teilnahmen, die Therapie innerhalb der ersten drei Monate abgebrochen (Skodol, Buckley & Charles, 1983, zit. in Schiel, 2005). Hauser (2009) ist der Meinung, dass die Schwierigkeit der Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung darin liegt, dass die Patienten eine mangelnde Kooperationsbereitschaft aufweisen.

Hauser (2009) verdeutlicht ebenfalls, dass die Borderline- Persönlichkeitsstörung schwer zu behandeln ist, da die Chance auf völlige Heilung als gering angesehen wird. Je früher die Krankheit diagnostiziert wird, desto schwieriger ist die Therapie. Zur medikamentösen Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung werden Lithiumpräparate zur Dämpfung der Stimmungsschwankungen verwendet. Des Weiteren werden niedrig dosierte Neuroleptika/Antipsychotika eingesetzt, um psychotische Symptome, impulsives Verhalten und suizidale Tendenzen der Borderline- Patienten aufzufangen, sowie Antidepressiva, welche positive Wirkungen gegen Angstgefühle, Depressionen, Selbstverletzungsdrang und aggressive Impulse zeigten.

Bohus und Höschel (2006) betonen, dass die Psychotherapie auf wissenschaftlicher Ebene im klinischen Alltag als Mittel der Wahl in der Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung gilt. Die größte Evidenz liegt derzeit in der Dialektisch- Behavioralen Therapie, die im ambulanten und stationären Bereich eingesetzt wird. Auf diese Therapie wird im Punkt 2.3 expliziter eingegangen.

2.2 Suizidales und selbstverletzendes Verhalten

Suizidales Verhalten und selbstverletzendes Verhalten steht in engem Zusammenhang und die Abgrenzung beider Begriffe ist problematisch, was auch Wolfersdorf (2008) erwähnt. Als mögliches Kriterium zur Abgrenzung der beiden Begriffe erwähnt er die Intension. Damit wird die Absicht des Patienten mit der verbundenen Handlung gemeint. Vor allem bei psychisch kranken Patienten ist es jedoch schwierig abzuschätzen, ob eine selbstverletzende Handlung mit oder ohne Absicht zu sterben vorgenommen wurde. Oftmals verleugnen oder verharmlosen psychisch kranke Patienten von Angehörigen angegebenes suizidales Verhalten. Auch als fünftes Kriterium der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden die Begriffe wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten nicht voneinander getrennt (American Psychiatric Association, 1994; Sass et al., 1996, zit. in Fiedler, 2001).

In der vorliegenden Arbeit stellt deshalb suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten das zu untersuchende Outcome dar. Im folgenden Kapitel werden die beiden Begriffe definiert.

2.2.1 Definitionen und Einteilung

Die Autoren Haenel und Pöldinger (1986, zit. in Althaus & Hegerl, 2004) beschreiben suizidales Verhalten anhand Suizidalität, welche als das Potenzial aller auf Selbstvernichtung ausgerichteten seelischen Kräfte und Funktionen verstanden wird. Der Tod wird bewusst in Kauf genommen. Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang auch von den Begriffen Suizid und Suizidversuch. Suizid wird von Wolfersdorf (2008) als selbst verursachte oder veranlasste selbstschädigende Handlung beschrieben, mit dem Ziel, tot zu sein und dies in dem Wissen oder dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ein Suizidversuch wird vom Autor als eine selbst verursachte oder veranlasste selbstschädigende Handlung mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens, etwas verändern zu wollen. Aus zufälligen Gründen wird die als Suizid angelegte Handlung überlebt.

Eingeteilt wird das suizidale Verhalten in sporadisch auftretende Suizidalität im Rahmen von Krisensituationen und in chronische Suizidalität, worunter ein wiederholtes Auftreten von Suizidgedanken oder suizidalen Handlungen über einen längeren Zeitraum hinweg verstanden wird. Chronische Suizidalität tritt vor allem bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf, wie bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung, womit eine besonders hohe kommunikative Funktionalität einhergeht. Das bedeutet, dass hier Suiziddrohungen und Suizidversuche typisch sind (Althaus & Hegerl, 2004).

Für selbstverletzendes Verhalten oder Selbstverletzung liegen zahlreiche Definitionen vor. Die Selbstverletzung wird von de Gruyer (2007) definiert als Form der Autoaggression, bei der es zu

leichten, wie beispielsweise mit der flachen Hand schlagen oder kratzen, bis schweren Verletzungen, wie Körperteile abbeißen oder Krankheitssymptome erzeugen, kommen kann. Nach der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ist die Selbstverletzung eine Pflegediagnose und wird beschrieben als ein bewusstes selbstverletzendes Verhalten, das zu einem Gewebeschaden führt, in der Absicht, aus Gründen des Spannungsabbaus eine nichttödliche Verletzung zu setzen (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2002). In Favazza (1989) und Sachsee (2002) wird selbstverletzendes Verhalten als bewusste Zerstörung des Körpers definiert (zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009). Der Begriff selbstverletzendes Verhalten wird oftmals als parasuizidales Verhalten, selbstmutilatives Verhalten oder selbstschädigendes Verhalten bezeichnet. Auch im englischsprachigen Raum wird selbstverletzendes Verhalten mit Begriffen wie self- mutilation oder self- injurious behavior gleichgesetzt (Schmahl & Stiglmayr, 2009).

Schmahl und Stiglmayr (2009) erläutern die Einteilung des selbstverletzenden Verhaltens in verdecktes und offenes selbstverletzendes Verhalten. Das verdeckte Selbstverletzungsverhalten wird gegenüber der Umwelt verheimlicht oder geleugnet. Unter dieser Form finden sich das Einbringen von Fremdkörpern unter die Haut oder die Manipulation von Wunden und Operationsnarben. Offenes selbstverletzendes Verhalten beinhaltet offensichtliche, der Umwelt mehr oder weniger bereitwillig gezeigte Praktiken. Diese Form der Selbstschädigung tritt sporadisch, wiederholt oder regelmäßig auf und variiert im Grad der Schädigung des Körpers. Das offene selbstverletzende Verhalten wird erneut unterteilt in moderate, stereotype und majore Selbstschädigungen. Moderate Selbstschädigungen beinhalten oberflächliche Schnittwunden, Brandwunden, weitflächige Kratzspuren, tiefe Bisswunden, heftiges Schlagen des Kopfes oder der Extremitäten, stereotype Selbstschädigungen das Drücken von Augen und Gurgel, Bisswunden, Zahnextraktionen, Auskugeln von Gelenken und majore Selbstschädigungen die Augapfelentfernung, Kastration, Verstümmelung von Brustwarzen oder Amputation von Extremitäten (Favazza, 1998, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009). Selbstverletzendes Verhalten fällt unter den Oberbegriff selbstschädigendes Verhalten. Zu diesem Oberbegriff gehören neben selbstverletzenden Symptomen auch Substanzmissbrauch, Essstörungen, gefährdende sexuelle Praktiken, erhöhte Geldausgaben und rücksichtsloses Autofahren. Menschen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen gehäuft multiple Formen selbstschädigenden Verhaltens und auch eine höhere Bereitschaft zu impulsiv –fremdaggressivem Verhalten (Schmahl & Stiglmayr, 2009).

Zudem wird diskutiert, dass man selbstverletzendes Verhalten auch als Abhängigkeitsstörung auffassen kann (Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002, zit. in Petermann & Nitkowski, 2008). Dabei wird von dem Konzept der nichtstoffgebundenen Sucht ausgegangen. Im bisherigen Forschungsstand zu dieser Thematik wird jedoch das selbstverletzende Verhalten vorwiegend als eine Störung der Impulskontrolle beschrieben (Petermann & Winkel, 2005, zit. in Petermann & Nitkowski, 2008).

Im Zusammenhang mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten kommt in der wissenschaftlichen Literatur auch dem Begriff Parasuizid vor. Dieser wird definiert als nicht- tödliche Selbstverletzung, inklusive Selbstschädigung und Suizidversuch (Comtois, 2002). Der Suizidversuch wurde bereits oben von Wolfersdorf (2008) unter suizidalem Verhalten definiert und parasuizidales Verhalten wurde von Schmahl und Stiglmayr (2009) mit selbstverletzendem Verhalten gleichgesetzt - ein weiterer Beleg für die Vernetztheit der Begriffe.

2.2.2 Suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung

Barth schreibt (2007, zit. in Schmal & Stiglmayr, 2009), dass nach dem DSM- IV die wiederholten suizidalen Handlungen, Suiziddrohungen und das Selbstverletzungsverhalten eines der diagnostischen Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörungen darstellen und mit 96% das am häufigsten erfüllte DSM- IV Kriterium sind. Bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung tritt laut Schmahl & Stiglmayr (2009) ausschließlich das offene selbstverletzende Verhalten in der moderaten Form auf. Die meisten Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung verwenden mehrere Methoden zur Selbstverletzung, worunter das Schneiden, insbesondere in die Haut an den Extremitäten, die am häufigsten eingesetzte Methode darstellt (Herpertz, 1995; Kleindienst et al., 2008, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009).

Über den Beginn und den Verlauf des suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens bei Borderline- Patienten liegen bisher wenig gesicherte Ergebnisse vor. Bei etwa einem Drittel der Borderline- Patienten reicht das selbstverletzende Verhalten bis in die Kindheit zurück und bei einem weiteren Drittel liegt der Beginn in der Jugend beziehungsweise im Erwachsenenalter (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk 2006, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009). Laut Steenkamp und Harrison (2000, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009) weisen weibliche Borderline- Patienten zwischen 20 und 24 Jahren am häufigsten suizidales und selbstverletzendes Verhalten auf. Im späteren Alter nehmen die stationären Aufnahmen wegen suizidalem und selbstverletzendem Verhalten ab. Der Langzeitverlauf von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten wird bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu den anderen Symptomen als eher günstig beschrieben (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2007; Zanarini et al., 2008, zit. in Schmahl & Stiglmayr 2009).

2.2.3 Ätiologie und Motive

Es ist von entscheidender Bedeutung, die Ursachen und Motive der Selbstverletzung eines Borderline- Patienten zu verstehen, um dem Patienten eine störungsspezifische und wirksame Therapie anbieten zu können. Selbstverletzendes Verhalten sollte nicht als irrationaler, rein destruktiver Akt aufgefasst werden, sondern als eine Art Notlösung des Patienten, da ihm derzeit keine bessere Problemlösungsstrategie zur Verfügung steht (Schmahl & Stiglmayr, 2009).

de Gruyter (2007) beschreibt als Ursache für die Selbstverletzung häufige Störungen in der kindlichen Entwicklung, wie beispielsweise Verlust- und Trennungssituationen, sowie Gewalterfahrungen. Für den Patienten kann die Selbstverletzung eine Möglichkeit der Selbstfürsorge, Selbststimulation, Selbstbestrafung oder ein Ventil bei innerer Anspannung darstellen. Interpersonell kann die Selbstverletzung ein Hilferuf des Patienten bedeuten. Wie de Gruyter (2007) beschreiben auch Kleindienst et al. (2008, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009), dass Selbstverletzung eine Erleichterung von innerer Anspannung, sowie von weiteren negativen Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Schuldgefühlen, innerer Leere, Wut und unkontrollierten und schlecht regulierten negativen Emotionen darstellt. Außerdem stellt das selbstverletzende Verhalten für Borderline- Patienten eine Möglichkeit dar, einen dissoziativen Zustand rasch zu beenden. Das selbstverletzende Verhalten hilft dem Patienten, seinen Körper wieder zu spüren und ihn bewusst wahrzunehmen (Miller & Bashikor, 1974; Herpertz, 1995; Paris, 2005, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009). Weiter beschreibt Paris (2005, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009) die Selbstverletzung als Methode des Patienten, sich konzentrierter und wacher zu fühlen. Der Autor erwähnt zudem sozial motivierte Motive, insbesondere dann, wenn die Umgebung auf das selbstverletzende Verhalten der Borderline- Patienten mit Zuwendung, Aufmerksamkeit oder Besorgtheit reagiert. Das Motiv der Selbstverletzung als Bestrafung, welches auch de Gruyter (2007) oben erwähnt, erklärt Paris (2005, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009) mit den für Borderline- Patienten stark ausgeprägten Gefühlen von Schuld und Scham. Bei Schuldgefühlen geben viele Borderline- Patienten an, sich zu verletzen um sich selber für diese Schuld zu bestrafen.

2.2.4 Empirische Messinstrumente

Zur Beurteilung von suizidalem und/oder selbstverletzendem Verhalten werden in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Messinstrumente verwendet.

Der Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) ist ein 34- Item selbst- Report- Fragebogen zur Messung von suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen. Er weist eine hohe interne Reliabilität und gute Validität auf (Addis & Linehan, 1989; Linehan & Addis, 1990, zit. in Simon et al., 2007).

Das Reasons for Living Inventory (RFL) von Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles (1983, zit. in Osman et al., 1993) ist ein reliables und valides Messinstrument zur Beurteilung der Wichtigkeit von Gründen um zu leben, falls Suizid in Betracht gezogen wird. Das RFL beinhaltet 48 Items, aufgeteilt auf folgende sechs Subskalen: Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen, Verantwortung gegenüber der Familie, Sorgen um die Kinder, Angst vor Suizid, Angst vor sozialer Ablehnung und moralische Bedenken.

Der Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII) ist ein Interview zur Bewertung von Suizidabsicht, Häufigkeit und medizinische Schwere von suizidalem Verhalten und nicht- suizidaler Selbstverletzung.

Der SASII weist eine sehr gute Reliabilität und eine adäquate Validität auf (Linehan, Comtois, Brown, Heard & Wagner, 2006).

Der Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) ist ein halb- strukturiertes Interview zur Messung der Häufigkeit und Schwere von Borderline- Symptomen. Er besteht aus neun Abschnitten, je einer für jedes DSM- IV- Kriterium für die Borderline- Persönlichkeitsstörung. Somit misst der Abschnitt fünf wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten. Das Messinstrument weist eine exzellente Interrater Reliabilität und eine gute Validität auf (Arntz et al., 2003).

Das Treatment History Interview (THI) bewertet die Inanspruchnahme von Behandlungsservices und Krisendienstleistungen und Gründe, weshalb diese in Anspruch genommen wurden, wie beispielsweise aufgrund von Selbstverletzungen. Es beurteilt Erfahrungen mit professioneller Psychotherapie, umfassenden Behandlungsprogrammen, Case Management, stationäre Aufenthalte, Notfallbehandlungen oder andere Krisenservices sowie Medikamentenverbrauch. Das THI ist ein unveröffentlichtes Werk von Linehan und Heard (1987, zit. in Linehan et al., 2006), wodurch erklärt wird, weshalb über dessen Reliabilität und Validität in der wissenschaftlichen Literatur keine Angaben zu finden sind.

Ein weiteres unveröffentlichtes Werk ist das Manuskript vom Parasuicide History Interview- 2 (PHI- 2). Das PHI- 2 ist ein halb- strukturiertes Interview, welches Informationen über Anzahl, medizinische Schwere, Gedanken und Konsequenzen von parasuizidalem Verhalten enthält. Es werden Suizidversuche und absichtliches selbstverletzendes Verhalten wie zum Beispiel verbrennen, schlagen, beißen oder kratzen beurteilt (Linehan, Heard, Brown & Wagner, 2003, zit. in Wildman, Lilienfeld & Marcus, 2004).

Auch über die Reliabilität und Validität des Lifetime Parasuicide Count (LPC) wurden in der wissenschaftlichen Literatur keine Aussagen gefunden. Dieses Messinstrument misst Häufigkeit und darauf folgende medizinische Behandlung von selbstverletzendem Verhalten (Comtois & Linehan, 1999, zit. in Verheul et al., 2003).

2.2.5 Therapie

Wie Schmahl und Stiglmayr (2009) betonen, ist es sinnvoll, sich bei der Behandlung von sich selbst verletzenden Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung an den Grundprinzipien der derzeit am besten evaluierten Behandlungsmethode bei suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, also der Dialektisch- Behavioralen Therapie zu orientieren. Diese wird im folgenden Kapitel genauer erläutert.

2.3 Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT)

Nachdem die Dialektisch- Behaviorale Therapie im folgenden Kapitel definiert wird, geht die Autorin im Kapitel Behandlungskonzept genauer auf die vier Behandlungskomponenten und die Therapiephasen ein. Anschließend werden die Behandlungsstrategien anhand von Basisstrategien und spezifischen Strategien explizit erläutert.

2.3.1 Definition

Die Dialektisch- Behaviorale Therapie, auf Deutsch dialektische Verhaltenstherapie, wurde in den achtziger Jahren von der Verhaltenstherapeutin Marsha M. Linehan als störungsspezifische ambulante Behandlungsform für chronisch suizidale Frauen mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung entwickelt (Fassbinder et al., 2007). Mittlerweile wurde die Dialektisch- Behaviorale Therapie weiterentwickelt, so dass sie heute auch zur Pflege von stationären Borderline- Patienten geeignet ist (Palmer et al., 2003). Die Therapie basiert auf der biosozialen Theorie, verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien und spezifischen Interventionstechniken, die Linehan als „dialektisch“ bezeichnet.

Unter der biosozialen Theorie versteht Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007) die Ursache der Entstehung der Borderline- Persönlichkeitsstörung als ein Zusammenspiel von psychosozialen Faktoren und einer Störung der Emotionsregulation. Fassbinder et al. (2007) beschreiben Familien, in denen sexueller oder psychischer Missbrauch stattfindet, als typisches soziales System, in dem heftige Emotionen beim Kind erzeugt, jedoch nicht toleriert werden. In der biosozialen Theorie wird davon ausgegangen, dass die Störung der Emotionsregulation die Ursache der Borderline- Persönlichkeitsstörung darstellt.

„Dialektisch“ bedeutet die Aufrechterhaltung der schwierigen Balance zwischen der Akzeptanz der jeweiligen Gegebenheiten, welche dem Patienten Wärme und Empathie vermitteln, und der Verdeutlichung der Notwendigkeit von Veränderungen bezüglich ihrem Verhalten (Fassbinder et al., 2007). Für Linehan (1993, zit. in Giernalcyk, 2005) ist eine Veränderung nur dann möglich, wenn das aktuelle problematische Verhalten des Borderline- Patienten in seiner Sinnhaftigkeit verstanden wird und dies dem Patienten vermittelt wird. Von Therapeuten wie auch von Pflegenden wird deshalb eine dialektische Haltung gefordert, die Wärme, Verständnis, sowie Klarheit und Stabilität beinhaltet. Auf die Dialektisch- Behaviorale Therapie spezifisch in der Pflege wird im Punkt 2.3.5 weiter eingegangen.

2.3.2 Behandlungskonzept

Das DBT- Konzept besteht aus den vier Behandlungskomponenten Einzeltherapie, Fertigkeitentraining (Skills) in der Gruppe, Telefonberatung durch den Einzeltherapeuten in akuten Krisen und einer Supervisionsgruppe (Linehan, 1993, zit. in Fassbinder, et al., 2007).

Die Einzeltherapie hat zum Ziel, mit dem Patienten sein Verhalten und die Bedingungen für dysfunktionale Verhaltensmuster, wie Selbstverletzung, zu analysieren, um alternative Verhaltensweisen zu erarbeiten. Die in der Einzeltherapie erlernten Fähigkeiten integriert der Patient fortwährend in der Gruppe, um so die Generalisierung des Erlernten zu ermöglichen. Die Einzeltherapie und das Fertigkeitentraining dauern mindestens ein bis zwei Jahre (Linehan, 1993, zit. in Fassbinder, et al., 2007).

Das Fertigkeitentraining in der Gruppe beinhaltet die vier Module Achtsamkeit, Emotionsregulation, interpersonelle Wirksamkeit und Stresstoleranz (Linehan, 1993, zit. in Fassbinder, et al., 2007). Im Modul Achtsamkeit wird das Ziel angestrebt, mehr Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten über Denken und Handeln zu erreichen. In der Emotionsregulation sollen Gefühle in ihren Wirkungen und Bedeutungen, auch in Bezug auf andere Menschen, verstanden und akzeptiert werden, um die Verletzbarkeit des Patienten zu vermindern und das Vertrauen in die eigene Gefühlswelt zu steigern. Im Modul der interpersonellen Wirkung wird die soziale Kompetenz durch Förderung von Kompromissfindung verstärkt und im Modul Stresstoleranz erlernen Patienten, durch bestimmte Techniken (Skills) Krisen erfolgreich zu managen und Anspannungen auszuhalten. Skills können Chilisכותen, Sport und Bewegung sein, aber auch Ablenkung oder innere Bereitschaft (Grzella, 2007). Die dritte Komponente der DBT stellt die Telefonberatung dar. In Krisensituationen steht der Therapeut dem Patient telefonisch über 24 Stunden zur Verfügung.

Die letzte Komponente der Dialektisch- Behavioralen Therapie beinhaltet die Supervisionsgruppe, die einmal wöchentlich stattfindet und das Ziel verfolgt, die Therapeuten zu unterstützen und die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams zu verbessern. In der Supervisionsgruppe ist der Patient nicht anwesend (Linehan, 1993, zit. in Fassbinder et al., 2007).

Die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) läuft in vier Phasen ab: die Vorbereitungsphase gefolgt von drei Therapiephasen. In der Vorbereitungsphase geht es um die Diagnostik, die Aufklärung des Borderline- Patienten bezüglich seines Krankheitsbildes und der Behandlung, um die Zustimmung zu den Behandlungszielen sowie die Motivations- und Zielanalyse. Die erste Therapiephase verfolgt das Ziel, suizidales und parasuizidales, therapiegefährdendes, sowie Lebensqualität beeinträchtigendes Verhalten zu verringern und alternative Verhaltensweisen zu trainieren. In der zweiten Therapiephase wird die Verringerung der posttraumatischen Symptomatik des Patienten angestrebt. Der Aufbau und die Steigerung der Selbstachtung des Patienten, die Entwicklung und Umsetzung individueller Ziele und schließlich die Reintegration in den Alltag, sind Bestandteile der dritten Therapiephase der DBT (Fassbinder, et al., 2007).

2.3.4 Behandlungsstrategien

Die Behandlungsstrategien werden in Basisstrategien, welche die therapeutische Grundhaltung beinhaltet, und spezifische Strategien, die den verschiedenen Problembereichen zugeordnet sind, eingeteilt (Fassbinder et al., 2007). Die therapeutische Beziehung in der DBT ist gekennzeichnet durch die dialektische Haltung des Therapeuten. Kernpunkte sind die Validierung und Akzeptanz, ebenso wie Konfrontation und Veränderung. Diese therapeutische Haltung vermittelt dem Patienten Akzeptanz und Wertschätzung, was die Basis für veränderte Verhaltensweisen bildet (Giernalcyk, 2005). Zu den spezifischen Strategien zählen Kontingenzmanagement, Emotions- Exposition und kognitive Umstrukturierung. Kontingenzmanagement beinhaltet den therapeutischen Umgang mit positiver und negativer Verstärkung. Durch Emotions- Expositionen soll das Erleben, Akzeptieren und Ausdrücken situationsbedingter Emotionen erlernt werden. Vereinbarungen und ausreichende Hilfestellungen sollen Reaktionen des Patienten, wie beispielsweise parasuizidale Handlungen, verhindern. Ziel der kognitiven Umstrukturierung stellen die Validierung und Verstärkung adäquater Kognitionen dar (Fassbinder et al., 2007).

2.3.5 Dialektisch- Behaviorale Therapie in der Pflege

Die wesentlichen Aspekte der DBT in der Pflege beinhalten die Grundhaltung der Pflegenden, die Beziehungsgestaltung zum Patienten und die Bezugspflege. Die Grundhaltung der Pflegenden sollte akzeptierend, sachlich, flexibel und nicht wertend sein. Die Funktionalität des Patienten soll verstärkt werden durch eine dialektische und validierende Grundhaltung. Validierend bedeutet, dass der Patient da abgeholt wird, wo er gerade steht. Die Pflegenden versetzen sich gedanklich und emotional in die Sichtweise des Patienten hinein, wodurch Verständnis und Vertrauen vermittelt wird. Zur Beziehungsgestaltung sollten Pflegefachkräfte den Patienten regelmäßig informieren und ihm bei Fragen und Problemen zur Alltagsbewältigung zur Verfügung stehen. Beim Fertigkeitentraining, bei Problemlösungen und in Krisensituationen wird der Patient adäquat unterstützt. Pflegefachpersonen können dem Patienten als Übungspartner für Verhaltensänderungen und den Umgang mit Konflikten dienen. Die Bezugspflege wird als aktive pflegerisch- therapeutische Beziehungsgestaltung mit dem Ziel einer ganzheitlichen individuellen Betreuung definiert. Die Pflegefachperson ist als personales Gegenüber präsent und akzeptiert den Patienten als mündigen Partner. Durch die Bezugspflege kann die Beziehungsaufnahme mit dem Patienten erleichtert werden, da die interpersonellen Kontakte klar definiert sind und das Mass an Zuwendung zeitlich geregelt wird. Durch Verlässlichkeit und Beständigkeit wird die Sicherheit auf der Station mit chronisch suizidalen und selbstverletzenden Patienten erhöht (Früchtnicht et al, 2003).

Die Autoren Barthruff, Richter, Kern und Bohus (2002) betonen, dass Pflegefachpersonen zu jeder Zeit in der Therapie aktiv eingebunden sind. Sie arbeiten direktiv, das heisst, sie analysieren Problemsituationen mit dem Patienten und weisen auf Alternativen hin. Ausserdem ist eine ressourcenorientierte Pflege, und, wie bereits von Fröchtnicht et al. (2003) erwähnt, eine validierende und dialektische Haltung von grosser Bedeutung.

Zusätzlich zur Unterstützung beim Fertigkeitentraining und bei der Krisenbewältigung ist das Management von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten eine zentrale Aufgabe der Pflegenden. Suizidales und selbstverletzendes Verhalten soll durch wenig Zuwendung in der Krisensituation gelöscht werden. Durch eine Verhaltensanalyse soll der Patient sein Verhalten reflektieren und verstehen lernen (Fröchtnicht et al., 2003). Von Sauter und Honermann (2004) wird im Umgang mit suizidalen und selbstverletzenden Borderline- Patienten darauf hingewiesen, dass auch Pflegende reflektieren müssen, inwieweit die Selbstverletzungshandlung eines Patienten das Verhalten des Professionellen zum Patienten beeinflusst und ob die Selbstverletzung gezielt eingesetzt wurde, um bestimmte Reaktionen der Pflegefachpersonen auszulösen. Durch dieses Bewusstsein kann verhindert werden, dass das Selbstverletzungsverhalten bestärkt oder belohnt wird. Durch einen dialektischen Umgang können dysfunktionale Verhaltensmuster des Patienten, wie Selbstverletzung, zu hilfreichen Verhaltensweisen weiterentwickelt werden. Diese Perspektive befähigt Pflegende, die Patienten in ihrem Handeln anzunehmen, ihre Gefühle anzuerkennen und bestätigen sowie gleichzeitig nach Wegen zu suchen, es langfristig zu reduzieren. Dieses Management von selbstverletzendem Verhalten wird in der Nursing Interventions Classification als Pflegeintervention klassifiziert, wodurch gewährleistet werden kann, dass dem Patienten eine qualitativ hohe und professionelle Pflege angeboten wird (Bulechek et al., 2008).

3. Methode

In diesem Kapitel werden die einzelnen Schritte zur Erstellung der systematischen Literaturübersicht aufgezeigt. Diese werden in den Unterkapiteln Forschungsdesign, Datensammlung, Datenauswahl und Datenanalyse beschrieben.

3.1 Forschungsdesign

Um die Frage zu beantworten, wie in der wissenschaftlichen Literatur die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline- Patienten beschrieben wird, wurde eine systematische Literaturübersicht erstellt. Eine systematische Literaturübersicht übernimmt Daten von bereits abgeschlossenen Studien, fasst diese zusammen und kombiniert, analysiert und bewertet die Ergebnisse, von welchen neue Erkenntnisse für die Praxis abgeleitet werden (Behrens & Langer, 2010).

Um die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden systematischen Literaturübersicht zu erhöhen, erfolgte über einen Zeitraum von zehn Monaten eine systematische Suche in verschiedenen pflegerelevanten und themenspezifischen Datenbanken mit den gleichen Begriffen. Die genaue Suchstrategie ist in der Tabelle 1 dargestellt. Das Festlegen von Ein- und Ausschlusskriterien hat dazu beigetragen, die erhalten Suchergebnisse so einzuschränken zu können, dass die Fragestellung dieser systematischen Literaturübersicht beantwortet werden konnte. Es wurde die Qualität und die Evidenz der analysierten Studien eingeschätzt, was zudem die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Arbeit erhöht. Die Methode und die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden beschrieben und anschliessend diskutiert. Zuletzt wurden von der Autorin Empfehlungen für die Pflegepraxis, Pflegeausbildung und Pflegeforschung abgegeben.

Durch korrektes Zitieren und Angeben der Literaturquellen wurden Plagiate vermieden und die ethischen Grundsätze beachtet. Außerdem wurde darauf geachtet, in wie weit in den eingeschlossenen Studien die ethischen Aspekte von den Forschern eingehalten wurden. Ein Einbezug der Ethikkommission war nicht notwendig, da in der vorliegenden Arbeit keine Interventionen an Probanden durchgeführt wurden.

Durch das kritische Lesen der Studien, den Austausch in Kleingruppen innerhalb der Klasse, durch die konsequente Tagebuchführung sowie die fortlaufende Betreuung der Fachperson konnte die Autorin ein erweitertes evidenzbasiertes Wissen erwerben, was zusätzlich zur Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit dieser systematischen Literaturübersicht beitragen hat.

3.2 Datensammlung

Die systematische Suche nach relevanter Forschungsliteratur erstreckte sich von Februar bis November 2010 in folgenden pflegerelevanten und themenspezifischen Datenbanken: Cochrane (the Cochrane Library), PubMed (Public Medline), Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature Print Index), Health Source und PsycINFO. In den genannten Datenbanken wurde eine systematische Suche mit den Begriffen „borderline personality disorder“, „dialectical behavior therapy“, „self injurious behavior“, „deliberate self harm“ und „self injury“ durchgeführt. In den Datenbanken, in denen es möglich war, wurden die Begriffe als Mesh- Begriffe verwendet. Die Begriffe „borderline personality disorder“, sowie „self injurious behavior“ existierten in den Datenbanken PubMed, Cochrane, Cinahl und PsycINFO als Mesh- Begriff und in der themenspezifischen Datenbank PsycINFO zusätzlich der Begriff „dialectical behavior therapy“. Das Suchen mit Mesh- Begriffen war in der Datenbank Health Source nicht möglich. Synonyme und ähnliche Begriffe wurden mit OR verbunden, „borderline personality disorder“ und „dialectical behavior therapy“ mit AND. Die Suchstrategie wird in der Tabelle 1 aufgeführt.

	PubMed, Cochrane und Cinahl	PsycINFO	Health Source
#1	borderline personality disorder [Mesh]	borderline personality disorder [Mesh]	borderline personality disorder
#2	dialectical behavior therapy	dialectical behavior therapy [Mesh]	dialectical behavior therapy
#3	self injurious behavior [Mesh]	self injurious behavior [Mesh]	self injurious behavior
#4	deliberate self harm	deliberate self harm	deliberate self harm
#5	self injury	self injury	self injury
#6	#3 OR #4 OR #5	#3 OR #4 OR #5	#3 OR #4 OR #5
#7	#1 AND #2 AND #6	#1 AND #2 AND #6	#1 AND #2 AND #6

Tabelle 1: Suchstrategie

3.3 Datenauswahl

Mit der in der Tabelle 1 beschriebenen systematischen Suchstrategie wurden in den fünf Datenbanken 65 Studien gefunden, zu denen die Autorin im weiteren Verlauf Ein- und Ausschlusskriterien definiert hat, um die Forschungsfrage gezielt beantworten zu können. Eingeschlossen wurden Interventionsstudien, die im Titel oder Abstract auf die Fragestellung hinwiesen und suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten als Outcome untersuchten. Ausserdem wurden Studien, die im Zeitraum von 2000 bis 2010 in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht wurden, in die weitere Analyse mit einbezogen. Später wurden Studien, in denen nicht die vollständige Dialektisch- Behaviorale Therapie (d.h. nicht mit allen vier Behandlungskonzepten) durchgeführt wurde, Pilotstudien und die

Dialektisch- Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) ausgeschlossen. Zwischen stationärem und ambulantem Setting wurde nicht unterschieden.

Durch Ein- und Ausschlusskriterien konnten von den 65 Studien 57 ausgeschlossen werden, sodass schliesslich acht Studien zur Analyse verwendet wurden. Eine Übersicht über die Datenauswahl anhand der Ein- und Ausschlusskriterien soll die Tabelle 2 liefern. Die ein- und ausgeschlossenen Studien sind im Anhang B ersichtlich.

Total Treffer in allen Datenbanken	65
<i>Titel oder Abstract weist nicht auf Fragestellung hin</i>	7
<i>Outcome nicht suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten</i>	1
<i>nicht im Zeitraum von 2000 bis 2010 erschienen</i>	13
<i>nicht in deutscher oder englischer Sprache</i>	4
<i>keine Interventionsstudie</i>	24
<i>nicht vollständige DBT durchgeführt</i>	2
<i>Pilotstudien und Stichprobenzahl weniger als n=24</i>	4
<i>DBT für Adoleszente (DBT- A), bzw. Alter unter 18 Jahre</i>	2
Total ausgeschlossene Studien	57
Endgültige Studien zur Analyse	8

Tabelle 2: Studienauswahl nach Ein- und Ausschlusskriterien

3.4 Datenanalyse

Die erhaltenen Daten wurden nach dem Übersetzen und mehrmaligem kritischen Lesen nach den festgelegten Kategorien Design, Ziel/Frage/Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik, Intervention, Outcomes und Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse, Ergebnisse, Diskussion/ Schlussfolgerungen und Evidenzgrad tabellenförmig zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen sind im Anhang C zu finden. Der Evidenzgrad der Studien wurde nach Stetler et al. (1998, zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) eingeschätzt. Die Qualität der Studien wurde anhand eines angepassten Qualitätsbogens an den Bogen „Beurteilung einer Interventionsstudie“ von Behrens und Langer (2010) eingeschätzt. In diesem angepassten Bogen wurden zehn Fragen zur Glaubwürdigkeit formuliert. Diese Fragen konnten schliesslich mit ja, teilweise, nein oder unklar beantwortet werden.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Studiensuche dargelegt. Einleitend wird ein Überblick über die Merkmale der acht analysierten Studien geschaffen. In einem weiteren Schritt werden diese durch die Kategorien randomisiert kontrollierte Versuche und nicht randomisierte Interventionsstudien einzeln beschrieben. Schliesslich werden die Hauptergebnisse sowie die Qualität der analysierten Studien aufgezeigt und je durch eine Tabelle ergänzt.

Durch die Analyse der Studien wurde ersichtlich, dass suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten in allen acht Studien unterschiedlich definiert und erfasst wurde. Dies wird in der Tabelle 3 ersichtlich. Zu einem besseren Verständnis werden in der vorliegenden systematischen Literaturübersicht jedoch durchgehend die Begriffe suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten verwendet.

randomisiert kontrollierte Versuche	
Studie	suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten
Verheul et al. (2003)	<ul style="list-style-type: none"> - suizidales Verhalten - Suizidversuche - selbstverletzendes Verhalten - selbstschädigend impulsives Verhalten
van den Bosch et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - suizidales Verhalten - Suizidversuche - selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten
Linehan et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Suizid - Suizidversuche - Suizidgedanken und Lebensmotivation - nicht- suizidale Selbstverletzungen - medizinisches Risiko aufgrund Suizidabsichten oder Selbstverletzungen
McMain et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Suizid - suizidale und nicht- suizidale Selbstverletzung - medizinisches Risiko wg. suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung - Notfallbesuchen wg. suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung
Carter et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Suizid - absichtliche Selbstverletzung - Hospitalisierung aufgrund absichtlicher Selbstverletzung - Aufenthaltsdauer der Hospitalisierung
nicht randomisierte Interventionsstudien	
Studie	suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten
Bohus et al. (2004)	- selbstverletzendes Verhalten
Comtois et al. (2007)	- medizinisch behandelte selbstzugefügte Verletzungen
Harned et al. (2010)	- suizidales Verhalten, Selbstverletzung

Tabelle 3: unterschiedliche Definitionen von suizidalem und/oder selbstverletzendem Verhalten

4.1 Merkmale der analysierten Studien

Acht Studien, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen wurden analysiert. Die gewonnenen Ergebnisse aller acht Studien geben Antwort auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Bei fünf Studien handelt es sich um randomisiert kontrollierte Versuche (Verheul et al., 2003; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & van den Brink, 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter, Willcox, Lewin, Conrad & Bendit, 2010), welche gemäss Stetler et al. (1998, zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) der Evidenzstärke II entsprechen. Die drei weiteren Studien wiesen ein quasi-experimentelles Design der Evidenzstärke III auf (Bohus et al., 2004; Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith & Simpson, 2007; Harned, Jackson, Comtois & Linehan, 2010). Zwei Studien (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007) weisen ein Prä- Post- Test Design auf, wobei Bohus et al. (2004) mit einer Kontrollgruppe und Comtois et al. (2007) ohne Kontrollgruppe arbeitete. Die dritte Studie mit quasi-experimentellem Design (Harned et al., 2010) weist eine Vergleichsgruppe und eine Intervention auf und ist somit, nach der Theorie von Behrens und Langer (2010), eine kontrollierte klinische Studie.

Alle acht analysierten Studien wurden in englischer Sprache veröffentlicht. Drei Studien (Comtois et al., 2007; Linehan et al., 2006; Harned et al., 2010) wurden in den USA und zwei Studien (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005) in den Niederlanden durchgeführt. Die Studie der Autoren Bohus et al. (2004) stammt aus Deutschland, jene von McMain et al. (2009) aus Kanada und Carter et al. (2010) haben ihre Studie in Australien durchgeführt.

Erschienen sind die acht Studien im Zeitraum von 2003 bis 2010 und die Stichprobengrösse erstreckte sich von 38 bis 180 Patienten. Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um weibliche und männliche erwachsene Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung im Alter von 18 bis 70 Jahren. In der Studie von Bohus et al. (2004) wurde das Alter ihrer in der Studie eingeschlossenen Patienten nicht erwähnt. Sechs Studien haben das weibliche Geschlecht als Einschlusskriterium angegeben (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). Bei den zwei Studien, die das weibliche Geschlecht nicht als Einschlusskriterium definiert haben, lag der weibliche Anteil der Patienten in Comtois et al. (2007) bei 96% und bei McMain et al. (2009) bei 86.1%.

In zwei Studien haben die Patienten durch eine schriftliche Zustimmung der Studienteilnahme zugestimmt (Bohus et al., 2004; Carter et al., 2010). In zwei weiteren Studien (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005) wurde von den Patienten die schriftliche Zustimmung und zusätzlich von ihren Therapeuten das Einverständnis gegeben. Informierte Zustimmung zur Studienteilnahme wurde von den Patienten in drei Studien gegeben (Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010) und in Comtois et al. (2007) wird erwähnt, dass die Teilnahme an der Studie für die Patienten freiwillig

war und nicht finanziell entschädigt wurde. Vier Studien wurden von der Ethikkommission genehmigt (Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010).

Die Diagnose der Borderline- Persönlichkeitsstörung wurde in einer Studie (Carter et al. 2010) durch den International Personality Disorder Examination Questionnaire (IPDEQ) bei Studienbeginn überprüft. In den anderen sieben Studien wurde hierfür neben anderen das Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I and II Disorders (SCID-I/ -II) verwendet. Als Messinstrumente zur Einschätzung von suizidalem und/oder selbstverletzendem Verhalten wurden in zwei Studien (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005) der Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) sowie der Lifetime Parasuicide Count (LPC) verwendet. In Harned et al. (2010) wurde das Suicide Attempt Self- Injury Interview (SASII) und der Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) gebraucht, wie auch in Linehan et al. (2006), welche zusätzlich das Reasons for Living Inventory (RFL) zur Messung der Lebensmotivation anwendeten. McMain et al. (2009) verwendeten in ihrer Studie ausschliesslich das SASII. In drei Studien wurde nur selbstverletzendes Verhalten gemessen, in Bohus et al. (2004) mit dem LPC und in Comtois et al. (2007) anhand der Inanspruchnahmen von Krisendienstleistungen (aufgrund Selbstverletzungen) durch das Treatment History Interview (THI). In Carter et al. (2010) wurde selbstverletzendes Verhalten mit dem Parasuicide History Interview- 3 month period (PHI- 2) eingeschätzt.

Neben dem Hauptoutcome suizidalen und/oder selbstverletzenden Verhalten, wurden in den acht analysierten Studien noch weitere Outcomes untersucht, welche anhand unterschiedlicher Messinstrumente erfasst wurden. Diese sind im nächsten Kapitel in den Tabellen unter den jeweiligen Beschreibungen der Studien ersichtlich.

4.2 Beschreibung der analysierten Studien

4.2.1 Randomisiert kontrollierte Versuche

Durch einen randomisiert kontrollierten Versuch verglichen die Autoren Verheul et al. (2003) die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) mit gewöhnlicher Behandlung bezüglich Therapieabbrüchen und suizidalem, selbstverletzenden und selbstschädigend impulsivem Verhalten. Die Autoren wollten herausfinden, ob die Schwere von suizidalem und selbstverletzenden Verhalten bei Studienbeginn die Effizienz der DBT beeinflusst.

58 Frauen aus Suchtkliniken und psychiatrischen Einrichtungen nahmen durch ein schriftliches Einverständnis an der Studie teil. Eingeschlossen wurden Frauen zwischen 18 und 70 Jahren mit der Diagnose der Borderline- Persönlichkeitsstörung, welche im Umkreis von 40km von Amsterdam wohnten. Ausschlusskriterien bildeten bipolare oder chronisch psychotische Störungen, das Nichtbeherrschen der niederländischen Sprache und schwere kognitive Beeinträchtigungen. Durch Randomisierung wurden die Patientinnen der Interventionsgruppe (IG mit DBT, n=27) oder der

Kontrollgruppe (KG mit Gewöhnlicher Behandlung, n=31) zugeteilt. Patientinnen in der KG erhielten weiter die gewöhnliche Therapie aus den Suchtkliniken oder psychiatrischen Einrichtungen. Diese Behandlung beinhaltete nicht mehr als zwei Sitzungen pro Monat mit einem Psychologen, Psychiater oder Sozialarbeiter.

Durch den Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) und das Structured Clinical Interview (SCID- II) wurden bei Studienbeginn die Diagnosen der DSM- IV Achse II Störungen überprüft. Der Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) wurde zu sechs festgelegten Zeitpunkten zur Messung von suizidalem und selbstschädigend impulsivem Verhalten verwendet und der Lifetime Parasuicide Count (LPC) zu drei festgelegten Zeitpunkten zur Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten. Durch ein weiteres Messinstrument wurde der Medikationsverbrauch beurteilt (Tabelle 4). Die Therapien begannen vier Wochen nach der Randomisierung, dauerten ein Jahr und alle Assessments wurden durch drei verblindete, erfahrene und geschulte Psychologen durchgeführt.

81% der Patientinnen beendeten das Assessment in der Woche 52. Es gab keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen. Zu den meisten Selbstverletzungen zählten schneiden, verbrennen, stechen und Kopf anschlagen.

Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
<ul style="list-style-type: none"> - suizidales Verhalten: kein signifikanter Effekt in beiden Gruppen ($p=0.866$), keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.639$) - Suizidversuche: in IG weniger als in KG, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.064$) - selbstverletzendes Verhalten: in IG reduziert, jedoch nicht signifikant ($p=0.055$), aber signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.003$) - selbstschädigendes impulsives Verhalten: in IG reduziert, jedoch nicht signifikant ($p=0.315$), aber signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.010$) - DBT effektiver bei Pat., die bei Studienbeginn schwerer von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten betroffen 	<ul style="list-style-type: none"> - BPDSI - LPC 	<ul style="list-style-type: none"> - Therapieabbrüche: Therapeut gewechselt: in IG signifikant weniger als in KG ($p=0.002$) - Medikamentenverbrauch: grössere Reduktionen in IG 	<ul style="list-style-type: none"> - Treatment History Interview (THI)

Tabelle 4: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie Verheul et al. (2003)

van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul und van den Brink untersuchten 2005 in Amsterdam durch ihren randomisiert kontrollierten Versuch die langfristige Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) von Linehan zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPD). Sie überprüften, ob die Resultate ihrer oben erwähnten Studie von 2003 (Verheul et al., 2003) am Ende der Behandlung in Bezug auf suizidales, selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten über ein sechsmonatiges Follow- up bestehen bleiben. Zudem wurden Alkohol- und Drogenmissbrauch beurteilt, welche vor der Randomisierung eingeschätzt worden sind.

Dieselben 58 Frauen (wie in Verheul et al., 2003) im Alter von 18 bis 65 Jahren mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung, welche aus Suchtkliniken und psychiatrischen Einrichtungen rekrutiert wurden, bildeten die zu untersuchende Stichprobe. Davon hatten 31 Patientinnen ein Drogenproblem.

Ausschlusskriterien bildeten bipolare oder chronisch psychotische Störungen, mangelnde Kenntnisse der niederländischen Sprache und kognitive Beeinträchtigungen. Die Patientinnen wurden in die Interventionsgruppe (IG mit DBT, n=27) oder die Kontrollgruppe (KG mit Gewöhnlicher Behandlung, n=31) randomisiert und über ein Jahr therapiert. Die Kontrollgruppe mit gewöhnlicher Behandlung war eine ambulante Therapie der Suchtkliniken oder psychiatrischen Einrichtungen.

Die Diagnosen der DSM- IV Achse II Störungen wurden durch den Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) und das Structured Clinical Interview (SCID-II) bei Studienbeginn eingeschätzt. Suizidales, selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten wurden durch den BPD Severity Index (BPDSI) an sechs festgelegten Zeitpunkten und durch den Lifetime Parasuicide Count (LPC) an drei festgelegten Zeitpunkten gemessen. Durch ein weiteres Messinstrument wurden Alkohol- und Drogenprobleme erfasst (Tabelle 5). Nach dem Therapieende nach einem Jahr erfolgte ein sechsmonatiges Follow- up, während dem die Patientinnen in der IG keine DBT erhielten, jedoch Patientinnen in der KG weiter ambulant behandelt wurden. Nach 78 Wochen fand erneut ein Assessment statt.

71% der Patientinnen haben das Assessment nach 78 Wochen abgeschlossen und es gab bei Studienbeginn keine signifikanten demographischen oder klinischen Differenzen zwischen den Gruppen.

Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
<ul style="list-style-type: none"> - suizidales Verhalten: kein anfänglicher und anhaltender (6Mt.) Effekt - Suizidversuche: über 6Mt. Differenz zwischen den Gruppen nicht signifikant ($p=0.08$) - selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten: über 6 Monate Reduktionen ($p<0.05$, siehe Verheul et al., 2003) bestanden, jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen mehr ($p>0.05$) - kein Rückfall in Levels von früherem Problemverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> - BPDS - LPC 	<ul style="list-style-type: none"> - Alkohol: nach 1 Jahr DBT signifikante besserer Effekt gegenüber KG ($p<0.05$), über 6 Monate bestanden, jedoch ohne Signifikanz ($p>0.05$) - Drogenmissbrauch: kein anfänglicher und anhaltender (6Mt.) Effekt 	<ul style="list-style-type: none"> - European Version of the Addiction Severity Index (EuropASI)

Tabelle 5: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie van den Bosch et al. (2005)

Die Autoren Linehan et al. (2006) verglichen in einem randomisiert kontrollierten Versuch die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) mit Community Treatment by Experts, einer speziell für diese Studie entwickelte allgemeine, nicht- behaviorale Therapie durch Experten in der Behandlung schwieriger Patienten. Die Autoren stellten die Hypothese auf, dass Suizidversuche und nicht- suizidale Selbstverletzungen, Therapieabbrüche und die Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen durch die DBT signifikant reduziert werden können.

In einer ambulanten Universitätsklinik und einer Gemeinschaftspraxis in Washington nahmen 101 Patientinnen an der Studie teil. Eingeschlossen wurden Frauen zwischen 18 und 45 Jahren, mit Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörung (nach dem Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I and II Disorders- SCID- I/II und der International Personality Disorder Examination- IPDE) und

aktuellem oder früherem suizidalem Verhalten. Aktuelles oder früheres suizidales Verhalten beinhaltete mindestens zwei Suizidversuche oder Selbstverletzungen in den letzten fünf Jahren, wovon sich mindestens einer in den letzten acht Wochen vor Studienbeginn ereignete. Schizophrenie, schizoaffektive, bipolare oder psychotische Störungen, geistige Behinderungen, medikamentenpflichtige Krampfanfälle sowie primär zu behandelnde hinderliche Zustände wurden als Ausschlusskriterien definiert. Die Patientinnen wurden nach informierter Zustimmung durch Randomisierung der Interventionsgruppe (IG mit DBT, n=52) oder der Kontrollgruppe (KG mit Community Treatment by Experts, n=49) zugeteilt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der University of Washington genehmigt.

Suizidversuche und nicht-suizidale Selbstverletzungen wurden durch das Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) erfasst. Im Zusammenhang mit Suizidversuchen wurden Suizidgedanken anhand des Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) und Lebensmotivation mit dem Reasons for Living Inventory (RFL) bewertet. Für die Erfassung von Therapieabbrüchen und die Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen wurden weitere Messinstrumente verwendet (Tabelle 6). Die Assessments erfolgten durch verblindete, geschulte Einschätzer in Viermonatsintervallen über eine einjährige Therapie sowie über ein anschließend einjähriges Follow-up nach Therapieende.

Zehn Patientinnen (19.2%) in der IG und 21 Patientinnen (42.9%) in der KG haben die Therapie vorzeitig abgebrochen ($p=0.005$). Es zeigten sich keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen bezüglich demographischen Charakteren, Diagnosen, Anzahl Suizidversuchen oder nicht-suizidaler Selbstverletzung.

Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
<ul style="list-style-type: none"> - Suizid: keiner in beiden Gruppen - Suizidversuche: in IG signifikant reduziert ($p=0.04$), signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.005$) - Suizidgedanken und Lebensmotivation: signifikante Verbesserungen in beiden Gruppen ($p<0.001$), jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen - nicht-suizidale Selbstverletzungen: in beiden Gruppen signifikant reduziert ($p<0.001$), jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.15$) - medizinisches Risiko aufgrund Suizidabsichten oder Selbstverletzungen: in IG signifikant tiefer als in KG ($p=0.04$) 	<ul style="list-style-type: none"> - SASII - SBQ - RFL 	<ul style="list-style-type: none"> - Therapieabbruch: in IG signifikant tiefer als in KG ($p=0.005$), Therapeut gewechselt: in IG: 25.0%, in KG: 59.2% - Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen: in IG signifikant weniger als in KG (Hospitalisierung: $p=0.007$, psychiatrische Notfallbesuche: $p=0.04$) - Medikamentenverbrauch: in IG signifikant mehr gesunken als in KG ($p<0.01$), während Follow-up keine Differenz zwischen den Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - THI

Tabelle 6: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie Linehan et al. (2006)

Die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) wurde im randomisiert kontrollierten Versuch von McMain et al. (2009) mit dem General Psychiatric Management verglichen, welches auf Empfehlungen der American Psychiatric Association zur Behandlung von Borderline- Patienten basiert. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass Patienten, welche DBT erhalten, größere Reduktionen in der Häufigkeit von suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung aufweisen. Sekundäre Outcomes waren Borderline- Kriterien, psychische Symptome, Depression, Wut, Distress, zwischenmenschliche Funktionen, Lebensqualität, Therapieabbrüche und Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen.

Die Therapien wurden in Toronto, im Centre for Addiction and Mental Health und im St. Michael's Hospital durchgeführt. An der Studie nahmen 180 eingeschriebene Patienten von Juli 2003 bis April 2006 teil, welche den Einschlusskriterien entsprachen. Eingeschlossen wurden Patienten im Alter von 18 bis 60 Jahren, welche an der Borderline- Persönlichkeitsstörung litten und zwei Episoden von suizidaler oder nicht- suizidaler Selbstverletzung in den letzten 5 Jahren aufwiesen, wovon sich eine in den letzten drei Monaten vor der Einschreibung ereignen musste. Zu den Ausschlusskriterien zählten psychotische, bipolare Störungen, Delirium, Demenz, geistige Behinderung, Substanzabhängigkeit, ein Zustand, der psychiatrische Medikation ausschliesst oder eine Hospitalisation im nächsten Jahr erfordert sowie das Wohnen ausserhalb 40 Meilen von Toronto. Mittels Blockrandomisierung mit versiegelten Umschlägen wurden die Patienten in die DBT- Gruppe (Interventionsgruppe- IG, n=90) oder die General Psychiatric Management- Gruppe (Kontrollgruppe- KG, n=90) eingeteilt. Alle Patienten gaben eine informierte schriftliche Zustimmung. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der jeweiligen Institution genehmigt.

Durch das Structured Clinical Interview- Patient Edition (SCID- P) und die International Personality Disorder Examination (IPDE) haben verblindete, geschulte Einschätzer bei Studienbeginn die Diagnosen der DSM- IV Störungen der Achse I und II überprüft. Über eine einjährige Behandlungsphase wurden in Viermonatsintervallen suizidale und nicht- suizidale Selbstverletzungen durch das Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) erfasst. Inanspruchnahmen von Krisendienstleistungen aufgrund suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung wurden durch das Treatment History Interview (THI) bewertet. Weitere Messinstrumente wurden für die Erfassung der sekundären Outcomes verwendet (Tabelle 7).

111 Patienten (62%) beendeten die einjährige Therapie. Ausstiegsgründe waren nicht hilfreiche Sitzungen, Termin- oder Transportprobleme und Verbesserungen der Outcomes. Es gab keine Differenzen zwischen den Gruppen bezüglich demographischen und diagnostischen Variablen oder suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung.

Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
<ul style="list-style-type: none"> - Suizid: keiner in beiden Gruppen - suizidale ($p=0.01$) und nicht- suizidale Selbstverletzung ($p=0.03$) in beiden Gruppen signifikant gesunken, keine Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.76$) - medizinisches Risiko aufgrund suizidaler, nicht- suizidaler Selbstverletzung: signifikant in beiden Gruppen gesunken ($p<0.001$), keine Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.64$) - Notfallbesuche aufgrund suizidaler, nicht- suizidaler Selbstverletzung: signifikant in beiden Gruppen gesunken ($p<0.0001$), keine Differenz zwischen den Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - SASII - THI 	signifikante Abnahme von: <ul style="list-style-type: none"> - Borderline Symptomen: $p<0.001$ - Depression: $p<0.001$ - Wut: $p=0.004$ - Distress: $p=0.001$ - zwischenmenschlichen Funktionen: $p<0.001$ - Lebensqualität: verbessert, jedoch ohne Signifikanz ($p=0.13$) - in allen sekundären Outcomes keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zanerini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN- BPD) - Symptom Checklist 90-Revised (SCL- 90- R) - Beck Depressions Inventory (BDI) - State Trait Anger Expressions Inventory (STAXI) - Inventory of Interpersonal Problems 64- Item Version (IIP- 64) - EQ- 5D Thermometer - Treatment Questionnaire - THI

Tabelle 7: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie McMain et al. (2009)

Carter, Willcox, Lewin, Conrad und Bendit verglichen 2010 durch einen randomisiert kontrollierten Versuch im Zentrum für Psychotherapie in Newcastle, Australien, die sechsmonatige Hunter-Dialektisch- Behaviorale Therapie (Hunter- DBT), eine Anpassung der DBT von Linehan, mit der Kontrollbehandlung gewöhnliche Therapie plus DBT- Warteliste. Primäre Outcomes waren: absichtliche Selbstverletzungen, Hospitalisierung aufgrund absichtlichen Selbstverletzungen und die Länge des Aufenthalts der Hospitalisierungen. Als sekundäre Outcomes wurden Arbeitsunfähigkeit (verbrachte Tage im Bett) und Lebensqualität untersucht.

Von Februar 2000 bis Juli 2003 wurden 73 Patientinnen aus öffentlicher psychiatrischer Versorgung und Behandlung durch Hausärzte oder Psychiater rekrutiert. Eingeschlossen wurden weibliche Patientinnen von 18 bis 65 Jahren mit Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörung nach dem DSM- IV (anhand des International Personality Disorder Examination Questionnaire- IPDEQ) und einer Vorgeschichte von multiplen absichtlichen Verletzungen, wovon sich eine davon im letzten Jahr ereignen musste. Eine schlechte körperliche Verfassung, Schizophrenie, bipolare affektive Störungen, psychotische Depressionen, schlechtes Sozialverhalten und Entwicklungsstörungen bildeten die Ausschlusskriterien. Die Patientinnen haben der Studienteilnahme durch schriftliche Zustimmung eingewilligt.

Mittels Ziehung undurchsichtiger Umschläge nach dem Assessment bei Studienbeginn wurden die Patientinnen in die Interventionsgruppe (IG mit DBT, $n=38$) oder die Kontrollgruppe (KG mit gewöhnlicher Therapie + Warteliste, $n=35$) randomisiert. In der Kontrollbehandlung warteten die Patientinnen über sechs Monate auf einer Warteliste auf die DBT und erhielten dabei eine alternative, ambulante Therapie, in teilweiser Begleitung von Psychotherapie.

Nach dem Assessment bei Studienbeginn wurden mit dem Parasuicide History Interview- 3 month period (PHI- 2) die absichtliche Selbstverletzungen und die Hospitalisation aufgrund absichtlicher Selbstverletzung durch verblindete Einschätzer drei und sechs Monate nach der Randomisierung erfasst. Zwei weitere Messinstrumente bewerteten die sekundären Outcomes (Tabelle 8).

Bei Studienbeginn gab es keine signifikanten demographischen oder klinischen Differenzen zwischen den Gruppen.

Outcome selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
<ul style="list-style-type: none"> - Suizid: 1 in KG - absichtliche Selbstverletzung: in beiden Gruppen reduziert, Reduktion nicht signifikant, keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen - Hospitalisierung aufgrund absichtlicher Selbstverletzung: in beiden Gruppen reduziert, Reduktion nicht signifikant, keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen - Aufenthaltsdauer der Hospitalisierung: in IG Tendenz zu kürzeren Aufenthalten, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen in Mittelwerten 	- PHI- 2	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsunfähigkeit: in IG signifikanter Effekt ($p < 0.05$) - Lebensqualität: in IG signifikant in drei von vier Domänen (physisch, psychisch, umweltbedingt, aber nicht in sozial) 	<ul style="list-style-type: none"> - Brief Disability Questionnaire (BDQ) - WHO Quality of Life- BREF Version (WHOQOL- BREF)

Tabelle 8: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie Carter et al. (2010)

4.2.2 Nicht randomisierte Interventionsstudien

Durch ein Prä- Post- Test Design von Bohus et al. (2004) wurde das dreimonatige stationäre Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT)- Programm von Swenson, Sanderson, Dulit und Linehan (2001) in der Borderline Forschungsstelle der Universität Freiburg in Deutschland bezüglich selbstverletzendem Verhalten, Veränderungen der allgemeinen Psychopathologie (psychische Symptome, Dissoziation, Angst, Depression, Wut, zwischenmenschliche Funktionen, soziale Funktionen) und Therapieerfolg mit einer Warteliste für die DBT verglichen.

Von Oktober 1996 bis 2000 haben 60 Patientinnen die Einschlusskriterien erfüllt. Als Einschlusskriterien galten das weibliche Geschlecht, die Borderline- Persönlichkeitsstörung nach dem Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I and II Disorders (SCID- I/II) und dem Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder – Revised Version (DIB- R) sowie ein Suizidversuch oder mindestens zwei nicht-suizidale Selbstverletzungen in den letzten zwei Jahren. Ausgeschlossen wurden Patientinnen mit einer Vorgeschichte von Schizophrenie oder bipolaren Störungen, aktuellem Drogenmissbrauch, geistiger Behinderung und einem Wohnort ausserhalb 250 Meilen von der Station.

Die Patientinnen kamen zuerst auf eine Warteliste für die DBT (Kontrollgruppe- KG, $n=20$), wo sie eine ambulante Pflege oder eine alternative psychiatrische Versorgung auf einer nicht- DBT- spezifischen psychiatrischen Abteilung erhielten. Fortlaufend wurden sie dann ins dreimonatige stationäre DBT-

Programm (Interventionsgruppe- IG, n=40) aufgenommen. Dieses war, abgesehen von zusätzlicher Gruppen- Psychoedukation, gleichaltrigen Gruppentreffen, einer Achtsamkeitsgruppe und individueller körperorientierten Therapie, gleich aufgebaut wie die Standard- DBT von Linehan.

In der KG erfolgte der Prä- Test bei Studienbeginn und der Post- Test vier Monate später. In der IG wurde der Prä- Test bei stationärer Aufnahme ins Krankenhaus, wo sich die Patienten dem dreimonatigen stationären DBT- Programm unterzogen, durchgeführt und der Post- Test vier Monate danach. Durch geschulte, erfahrene Einschätzer wurde die Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens anhand des Lifetime Parasuicide Count (LPC) erfasst und die Symptome der Psychopathologie sowie der Therapieerfolg mit zahlreichen weiteren Messinstrumenten (Tabelle 9).

Neun Patientinnen (22.0%) in der DBT sind vor Therapieabschluss ausgestiegen und eine Patientin auf der Warteliste war nicht adressierbar für den Post- Test, sodass nach vier Monaten 31 Patientinnen DBT und 19 die Behandlung auf der Warteliste erhalten haben. Die Resultate zeigten keine demographischen und klinischen Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Anzahl der DSM- IV Kriterien oder veränderte Medikation hatten keinen Einfluss auf die Outcomes beider Gruppen.

Outcome selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
- selbstverletzendes Verhalten: in IG signifikant reduziert ($p=0.001$), signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.039$)	- LPC	- Dissoziation, Angst, Depression, zwischenmenschliche Funktionen, soziale Funktionen: durch IG signifikante Verbesserungen ($p=0.001$) - Wut: Reduktion, jedoch ohne Signifikanz - Therapieerfolg: 41.9% auf DBT angesprochen	- SCL- 90- R - Global Assessment of Functioning (GAF) - IIP - Dissociations Experience Scale (DES) - Hamilton Anxiety Scale (HAMA) und State Trait Anxiety Inventory (STAI) - BDI - STAXI - Jacobson's Kriterium b für signifikante Differenzen

Tabelle 9: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie Bohus et al. (2004)

Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith und Simpson (2007) untersuchten in einem Prä- Post- Test Design durch ein Dialektisch- Behaviorales Therapie (DBT)- Programm in den Harborview Mental Health Services (HMHS) in Seattle, Washington, die Resultate von medizinisch behandelten selbst zugefügten Verletzungen und die Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen. Diese Resultate wurden anschliessend ausführlich mit den randomisiert kontrollierten Versuchen von Linehan (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; van den Bosch et al., 2005 & Verheul et al., 2003) verglichen.

38 englischsprechende ambulante Patienten zwischen 19 und 54 Jahren aus verschiedenen Einrichtungen waren im HMHS DBT- Programm eingeschrieben. Eingeschlossen wurden Frauen und Männer sowie wie Inhaftierte im King Country Gefängnis mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung und bipolaren, psychotischen Störungen. Ausgeschlossen wurden Patienten mit geistiger Behinderung,

aktuellen Drogenproblemen ohne gleichzeitige Behandlung sowie Patienten ohne anamnestische Suizidabsichten und Inanspruchnahmen von Krisendienstleistungen. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und wurde nicht finanziell entschädigt. Die Studie wurde von den Ethikkommissionen der HMHS, der University of Washington und des King County genehmigt.

Das HMHS- DBT- Programm stimmte mit der Standard- DBT von Linehan mit einigen Adaptionen überein. Das geschulte psychiatrische Team überprüfte am Anfang der Studie die DSM- IV Achse I und II Diagnose der Patienten durch das Structured Clinical Interview (SCDI-I/ -II). Zur Datenerhebung wurde zu Beginn und am Schluss der einjährigen Behandlung von geschulten Interviewern das Treatment History Interview (THI) durchgeführt.

15 Patienten haben die Teilnahme verweigert oder das Programm abgebrochen, waren nicht mehr kontaktierbar oder verstarben. Der Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den oben erwähnten RCT's zeigte ähnliche Resultate wie bei der Standard- DBT von Linehan und bessere Resultate als durch gewöhnliche Behandlung.

Outcome selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
- medizinisch behandelte selbstzugefügte Verletzungen: durch HMHS- DBT signifikant reduziert ($p < 0.05$)	- THI	signifikante Reduktion von: - psychiatrischen Notfällen ($p < 0.05$) - stationären psychiatrischen Aufnahmen ($p < 0.001$) - durch Krise ausgelöste Aufnahmen ($p < 0.01$) - psychiatrische Krankenhaustage ($p < 0.001$) - freiwilligen/ unfreiwilligen Hospitalisierungen, Notfällen, Polizei- oder Sanitätseinsätzen, Krisenkliniken und Zwangseinweisungen ($p < 0.01$)	- THI

Tabelle 10: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie Comtois et al. (2007)

Harned, Jackson, Comtois und Linehan (2010) untersuchten in ihrem klinischen Versuch an der University of Washington die Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) zur Reduktion von verschiedenen Verhalten, welche bei der Therapie vom Posttraumatischem Stresssyndrom (PTSD) ausgeschlossen werden. Diese ausgeschlossenen Verhalten sind: suizidale Verhalten, Selbstverletzung, Drogenabhängigkeit und Dissoziation.

51 Frauen zwischen 18 und 45 Jahren mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPD) aus der DBT- Gruppe des randomisiert kontrollierten Versuchs von Linehan et al. (2006), welche mindestens ein Ausschlusskriterium zur Therapie des PTSD erfüllten, nahmen nach informierter schriftlicher Zustimmung an dieser Studie teil. Die Patientinnen verübten mindestens zwei Suizidversuche und/oder nicht- suizidale Selbstverletzungen in den letzten fünf Jahren, worunter sich eine in den letzten acht Wochen vor Studienbeginn ereignen musste. Ausgeschlossen wurden Patientinnen mit psychotischer

oder bipolarer Störung, geistiger Behinderung, medikamentös zu behandelnden Krampfanfällen oder einem anderen therapieerfordernden Zustand.

26 Patientinnen mit der Diagnose BPD + PTSD und 25 Patientinnen mit BPD ohne PTSD (nach dem Structured Clinical Interview- SCID I/ –II und der International Personality Disorder Examination- IPDE) wurden durch die Standard- DBT von Linehan über ein Jahr behandelt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der University of Washington genehmigt.

Suizidales Verhalten und Selbstverletzungen wurden durch das Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII) und den Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) erfasst, welche in ihren Items für die aktuelle Studie angepasst wurden. Für die Messung von Drogenabhängigkeit und Dissoziation wurden zwei zusätzliche Messinstrumente verwendet (Tabelle 11). Assessments erfolgten vor Behandlungsbeginn, dann in Viermonatsintervallen über das Therapiejahr durch geschulte, verblindete Einschätzer.

Patientinnen mit BPD+PTSD erfüllten mehr Kriterien der DSM- IV Achse I Störungen als BPD- Patientinnen ohne PTSD ($p < 0.05$), sonst gab es keine demographischen oder diagnostischen Differenzen zwischen den Gruppen. Die Anzahl geeigneter Patientinnen für eine PTSD- Behandlung ist während dem Behandlungsjahr signifikant gestiegen (kein Unterschied in PTSD Status).

Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten	Messinstrumente	weitere Outcomes	Messinstrumente
- suizidales Verhalten, Selbstverletzung: signifikant gesunken ($p < 0.01$, kein Unterschied in PTSD Status)	- SASII - SBQ	- Drogenabhängigkeit und Dissoziation: - beide bei BPD+ PTSD signifikant gesunken ($p < 0.05$) - bei BPD ohne PTSD nicht signifikant gesunken	- Longitudinal Interval Follow- up Evaluation (LIFE) - DES

Tabelle 11: Ergebnisse und Messinstrumente der Studie Harned et al. (2010)

4.3 Hauptergebnisse der analysierten Studien

Im nächsten Kapitel werden die Hauptergebnisse der acht analysierten Studien beschrieben. In Anlehnung an den Text soll die Tabelle 12 anhand den Kategorien randomisiert kontrollierte Versuche und nicht randomisierte Interventionsstudien einen Gesamtüberblick über die Resultate schaffen.

Als Intervention wurde in fünf der acht analysierten Studien (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010) die Standard- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan durchgeführt. In drei Studien (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Carter et al., 2010) wurde eine an die DBT angepasste Version angewendet. Die angepasste Version beinhaltete in Bohus et al. (2004) ein stationäres DBT- Programm, welches gleich aufgebaut war wie die Standard- DBT von Linehan, in Ergänzung von zusätzlicher Gruppen Psychoedukation, gleichaltrigen Gruppentreffen, einer Achtsamkeitsgruppe und individueller körperorientierten Therapie. Comtois et al. (2007) haben in den Harborview Mental Health Services (HMHS) das HMHS- DBT- Programm durchgeführt, welches wiederum gleich aufgebaut war wie die Standard- DBT. Minimale Anpassungen bezüglich individueller Therapie, Gruppen- Skills- Training, Telefonkonsultation und Therapeuten Teamsitzungen wurden gemacht und die Therapie durch ein DBT- orientiertes Fallmanagement und administrative Meetings erweitert. Auch das Hunter- DBT- Project von Carter et al. (2010) entsprach der Standard- DBT, mit Ausnahme der Uhrzeiten der Telefonkonsultationen.

In allen acht analysierten Studien wurde die DBT durch geschulte Therapeuten durchgeführt. In vier Studien wurden die Therapeuten oder die Autoren, welche die Supervisionen der Therapeuten durchgeführt haben, durch Linehan geschult (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009). In zwei Studien wurden die Therapeuten durch den ersten Autor, einen leitenden DBT- Trainer, geschult (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007). In Carter et al. (2010) wurden die DBT- Therapeuten durch selbständiges Erarbeiten des DBT- Manuals und durch ein einleitendes DBT- Programm geschult, es wird jedoch nicht erwähnt, wer dieses durchgeführt hat. In der Studie von Harned et al. (2010) werden bezüglich Schulung der Therapeuten nur die wöchentlichen Teamsitzungen erwähnt, welche jedoch Teil der Standard- DBT sind.

In fünf der acht analysierten Studien wurde suizidales sowie selbstverletzendes Verhalten untersucht (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010). In drei dieser fünf Studien konnte suizidales und selbstverletzendes Verhalten signifikant reduziert werden (Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010). In Linehan et al. (2006) wurden Suizidversuche in der Interventionsgruppe signifikant reduziert mit signifikanter Gruppendifferenz zur Kontrollgruppe. Ausserdem ergaben sich signifikante Verbesserungen bezüglich Suizidgedanken und Lebensmotivation in beiden Gruppen, dies jedoch ohne signifikante Differenz

zwischen den Gruppen. Nicht- suizidale Selbstverletzung wurde in beiden Gruppen signifikant vermindert, jedoch ohne signifikante Gruppendifferenz. In McMain et al. (2009) ist suizidales und selbstverletzendes Verhalten in beiden Gruppen signifikant gesunken und es zeigte sich keine signifikante Differenz zwischen den beiden Gruppen. In Harned et al. (2010) wurde die Intervention jeweils bei zwei Patientengruppen angewendet, einerseits bei Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und andererseits bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung plus dem Posttraumatischen- Stresssyndrom. Die signifikante Abnahme von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten konnte in beiden Patientengruppen beobachtet werden.

In den zwei Studien, in denen suizidales und selbstverletzendes Verhalten nicht signifikant reduziert wurde (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005), zeigte sich in Verheul et al. (2003) von der Interventions- zur Kontrollgruppe keine signifikante Differenz, obwohl in der Interventionsgruppe weniger Suizidversuche vorkamen. Selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten konnten in der Interventionsgruppe vermindert werden. Obwohl diese Verminderung ohne Signifikanz war, konnte eine signifikante Differenz zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse blieben in der Follow- up Studie von van den Bosch et al. (2005) bestehen, es zeigte sich jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen bezüglich selbstverletzendem und selbstschädigend impulsivem Verhalten mehr.

In drei Studien wurde nur selbstverletzendes Verhalten gemessen (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Carter et al., 2010). Dieses konnte in zwei Studien signifikant reduziert werden (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007). In Bohus et al. (2004) konnte zusätzlich zur signifikanten Reduktion von selbstverletzendem Verhalten in der Interventionsgruppe eine signifikante Differenz zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden. In Comtois et al. (2007) gab es keine Kontrollgruppe und somit auch keine Differenz zwischen den Gruppen. In der Studie, in der selbstverletzendes Verhalten keinen signifikanten Effekt aufwies (Carter et al., 2010), konnte in beiden Gruppen eine Verbesserung beobachtet werden, jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen. Hospitalisierung aufgrund absichtlicher Selbstverletzung wurde in beiden Gruppen reduziert, dies wieder ohne Signifikanz und ohne signifikante Differenz zwischen den Gruppen. Die Patienten in der Interventionsgruppe tendierten zu kürzeren Aufenthalten der Hospitalisierungen, wieder ohne signifikante Differenz zur Kontrollgruppe. Obwohl in dieser Studie nur selbstverletzendes Verhalten untersucht wurde, konnte entnommen werden, dass sich in der Kontrollgruppe ein Suizid ereignet hat.

Im Zusammenhang mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten wurde in Verheul et al. (2003) ausserdem ersichtlich, dass die DBT effektiver bei Patienten war, welche bei Studienbeginn eine schwerere Vorgeschichte von parasuizidalem Verhalten aufwiesen. Zudem wurden Notfallbesuche und das medizinische Risiko bezüglich suizidalem und selbstverletzendem Verhalten in McMain et al. (2009)

signifikant in beiden Gruppen reduziert, ohne signifikante Differenz zwischen den Gruppen. In Linehan et al. (2006) lag das medizinische Risiko aufgrund suizidalem und selbstverletzendem Verhalten in der Interventionsgruppe signifikant tiefer als in der Kontrollgruppe.

Signifikant durch die DBT verbessert wurden in den acht analysierten ebenfalls Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Dissoziation, Wut, Angst, zwischenmenschliche Funktionen, soziale Funktionen, Depressionen, Therapieabbrüche, Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen, Medikation, Distress, Arbeitsunfähigkeit und Lebensqualität.

randomisiert kontrollierte Versuche				
Studie	Stichprobe, Setting	Intervention	Messinstrument	Outcomes, welche die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantworten
Verheul et al. (2003)	n=58 - IG: n=27 - KG: n=31 ambulant, Niederlande	- IG: Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan über 1 Jahr - KG: gewöhnliche Behandlung über 1 Jahr	- BPDS (misst suizidales Verhalten und selbstschädigende Impulsivität zu 6 festgelegten Zeitpunkten) - LPC (misst selbstverletzendes Verhalten zu 3 festgelegten Zeitpunkten)	- suizidales Verhalten: kein signifikanter Effekt in beiden Gruppen ($p=0.866$), keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.639$) - Suizidversuche: in IG weniger als in KG, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.064$) - selbstverletzendes Verhalten: in IG reduziert, jedoch nicht signifikant ($p=0.055$), aber signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.003$) - selbstschädigendes impulsives Verhalten: in IG reduziert, jedoch nicht signifikant ($p=0.315$), aber signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.010$) - DBT effektiver bei Pat., die bei Studienbeginn schwerer von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten betroffen waren
van den Bosch et al. (2005)	n=58 - IG: n=27 - KG: n=31 ambulant, Niederlande	- IG: DBT über 1 Jahr - KG: gewöhnliche Behandlung über 1 Jahr - Follow-up: zusätzliche Messung nach 6Mt. ohne Therapie	- BPDSI (misst suizidales Verhalten und selbstschädigende Impulsivität zu 6 festgelegten Zeitpunkten) - LPC (misst selbstverletzendes Verhalten zu 3 festgelegten Zeitpunkten)	- suizidales Verhalten: kein anfänglicher und anhaltender (6Mt.) Effekt - Suizidversuche: über 6Mt. Differenz zwischen den Gruppen nicht signifikant ($p=0.08$) - selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten: über 6 Monate Reduktionen ($p<0.05$, siehe Verheul et al., 2003) bestanden, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen mehr ($p>0.05$) - kein Rückfall in Levels von früherem Problemverhalten
Linehan et al. (2006)	n=101 - IG: n=52 - KG: n=49 ambulant, USA	- IG: DBT über 1 Jahr - KG: Community Treatment by Experts über 1 Jahr - Follow-up: zusätzliche Messung nach 1 Jahr ohne Therapie	- SASII (misst suizidales Verhalten, hier definiert als Suizidversuche und nicht-suizidale Selbstverletzungen, alle 4Mt.) - SBQ (misst Suizidgedanken alle 4 Mt.) - RFL (misst Lebensmotivation alle 4Mt.)	- Suizid: keiner in beiden Gruppen - Suizidversuche: in IG signifikant reduziert ($p=0.04$), signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.005$) - Suizidgedanken und Lebensmotivation: signifikante Verbesserungen in beiden Gruppen ($p<0.001$), keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen - nicht-suizidale Selbstverletzungen: in beiden Gruppen signifikant reduziert ($p<0.001$), keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.15$) - medizinisches Risiko aufgrund Suizidabsichten oder Selbstverletzungen: in IG signifikant tiefer als in KG ($p=0.04$)
McMain et al. (2009)	n=180 - IG: n=90 - KG: n=90 ambulant, Kanada	- IG: DBT über 1 Jahr - KG: General Psychiatric Management über 1 Jahr	- SASII (misst suizidales Verhalten und nicht-suizidale Selbstverletzungen alle 4Mt.) - THI (misst die Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen alle 4Mt.)	- Suizid: keiner in beiden Gruppen - suizidale ($p=0.01$) und nicht-suizidale Selbstverletzung ($p=0.03$) in beiden Gruppen signifikant gesunken, keine Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.76$) - medizinisches Risiko aufgrund suizidaler und nicht-suizidaler Selbstverletzung: signifikant in beiden Gruppen gesunken ($p<0.001$), keine Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.64$) - Notfallbesuche aufgrund suizidaler und nicht-suizidaler Selbstverletzung: signifikant in beiden Gruppen gesunken ($p<0.0001$), keine Differenz zwischen den Gruppen
Carter et al. (2010)	n=73 - IG: n=38 - KG: n=35 ambulant, Australia	- IG: Hunter- DBT- Programm über 6Mt. - KG: gewöhnliche Behandlung + Warteliste für DBT über 6Mt.	- PHI- 2 (misst absichtliche Selbstverletzung und Hospitalisierungen wegen absichtlicher Selbstverletzung zu 3 festgelegten Zeitpunkten)	- Suizid: 1 in KG - absichtliche Selbstverletzung: in beiden Gruppen reduziert, Reduktion nicht signifikant, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen - Hospitalisierung aufgrund absichtlicher Selbstverletzung: in beiden Gruppen reduziert, Reduktion nicht signifikant, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen - Aufenthaltsdauer der Hospitalisierung: in IG Tendenz zu kürzeren Aufenthalten, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen

nicht randomisierte Interventionsstudien				
Studie	Stichprobe, Setting	Intervention	Messinstrument	Outcome suizidales und selbstverletzendes Verhalten
Bohus et al. (2004)	n=60 - IG=40 - KG=20 stationär, Freiburg, Deutschland	- IG : stationäres DBT- Programm von Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan über 3Mt. - KG : Warteliste für DBT mit alternativer psychiatrischer Behandlung über 4Mt.	- LPC (misst selbstverletzendes Verhalten zu Beginn und nach der Behandlung)	- selbstverletzendes Verhalten : in IG signifikant reduziert ($p=0.001$), signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.039$)
Comtois et al. (2007)	n=38 ambulant, HMHS Seattle, Washington	- HMHS DBT- Programm über 1 Jahr	- THI (misst die Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen und Gründe, weshalb diese in Anspruch genommen wurden zu Beginn und nach der Behandlung)	- medizinisch behandelte selbstzugefügte Verletzungen : durch HMHS- DBT signifikant verbessert ($p<0.05$)
Harned et al. (2010)	n=51 -BPD+PTSD (n=26) - nur BPD (n=25) unbekannt ob stationär oder ambulant, Washington	- DBT über 1 Jahr	- SASII (misst suizidales und selbstverletzendes Verhalten vor Behandlungsbeginn, dann alle 4Mt.) - SBQ (misst ebenfalls suizidales Verhalten vor Behandlungsbeginn, dann alle 4Mt.)	- suizidales Verhalten, Selbstverletzung : signifikant gesunken ($p<0.01$, kein Unterschied in PTSD Status)

Tabelle 12: Interventionen und Hauptergebnisse analysierten Studien

4.4 Qualität der analysierten Studien

Die Qualität der acht analysierten Studien wurden anhand eines Qualitätsbogens, welcher an den Bogen „Beurteilung einer Interventionsstudie“ von Behrens und Langer (2010) angepasst wurde, einzeln in ihrer Glaubwürdigkeit eingeschätzt. Die Aussagekraft und Anwendbarkeit der analysierten Studien fließen in die Diskussion mit ein. Tabellarisch wurden die Ergebnisse der Einschätzung zusammengefasst und sollen als Ergänzung an den Text einen Überblick über die gesamte Studienqualität liefern. Die Beurteilungen der Glaubwürdigkeit der einzelnen Studien anhand des angepassten Qualitätsbogens sind im Anhang E ersichtlich.

In allen acht analysierten Studien wurde eine adäquate Rekrutierung durchgeführt. In den Studien wurden keine Zufallsstichproben, sondern Gelegenheitsstichproben erhoben. Adäquat war die Rekrutierung deshalb, weil in allen Studien angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert wurden. Die Borderline- Persönlichkeitsstörung wurde in sieben der analysierten Studien als ein Einschlusskriterium benannt (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Einzig in der Studie Comtois et al. (2007) wurde die Borderline- Persönlichkeitsstörung nicht als Einschlusskriterium formuliert, trotzdem litten 96% der Studienteilnehmer daran. Suizidales und selbstverletzendes Verhalten stellte in fünf Studien ein explizit erwähntes Einschlusskriterium dar (Bohus et al., 2004; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In den drei Studien, in denen kein Einschlusskriterium für suizidales und selbstverletzendes Verhalten angegeben wurde, wiesen in der Studie von Verheul et al. (2003) und van den Bosch et al. (2005) die eingeschlossenen Patienten zu 93% selbstverletzendes Verhalten und zu 71% Suizidabsichten auf und in der Studie von Comtois et al. (2007) zu 91% eine Vorgeschichte von selbstverletzendem Verhalten mit mindestens einem Suizidversuch.

Die Randomisierung erfolgte in drei Studien durch eine computergesteuerte Methode (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006) und in einer Studie durch Blockrandomisierung (McMMain et al., 2009). Somit war die Randomisierung in diesen Studien adäquat. In Carter et al. (2010) erfolgte eine Scheinrandomisierung, weshalb die Randomisierung als teilweise adäquat bezeichnet wurde. Nicht adäquat randomisiert wurde in drei Studien (Bohus et al., 2004, Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010). In Bohus et al. (2004) wurde nicht randomisiert, die Kontrollgruppe bestand aus Patienten auf einer DBT- Warteliste und die Interventionsgruppe aus stationären Patienten welche die DBT erhielten. In der Studie von Comtois et al. (2007) war keine Kontrollgruppe vorhanden und in Harned et al. (2010) gab es zwei Patientengruppen mit unterschiedlichen Diagnosen. Eine Randomisierung war somit in diesen beiden Studien nicht möglich.

In fünf der acht analysierten Studien wurde die Gruppenzuteilung nicht erwähnt oder es war nicht klar, ob die Umschläge, mit denen die Patienten den Gruppen zugeteilt wurden, undurchsichtig und/oder versiegelt waren (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010). Infolgedessen wurde die Gruppenzuteilung als unklar bewertet. In den drei Studien, in denen nicht randomisiert wurde (Bohus et al., 2004, Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010), konnte keine verdeckte Zuteilung stattfinden und die Gruppenzuteilung wurde deshalb als nicht adäquat angesehen.

Ein Follow- up über 80% zeigte sich in zwei der acht analysierten Studien, in einer wurden die Ausfallsquoten der Patienten beschrieben (Bohus et al., 2004), in der anderen wurden sie nicht beschrieben (Verheul et al., 2003). In fünf Studien betrug das Follow- up weniger als 80% (van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010). Davon wurden in drei Studien die Ausfallsquoten beschrieben (Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009) und in zwei Studien wurden diese nicht beschrieben (van den Bosch et al., 2005; Carter et al., 2010). In der Studie von Harned et al. (2010) war weder Follow- up noch Ausfallsquoten ersichtlich.

In fünf Studien wurde eine Einfachverblindung durchgeführt, da nur die Einschätzer verblindet wurden (Verheul et al., 2003; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). Zwei Studien haben keine Verblindung durchgeführt (van den Bosch et al., 2005; Comtois et al., 2007) und in einer Studie wurden bezüglich Verblindung keine Angaben gemacht (Bohus et al., 2004).

Ähnlichkeiten der Gruppen konnte in sechs Studien nachgewiesen werden (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010). In Harned et al. (2010) waren die Gruppen zu Beginn der Studie in demographischen, nicht aber in klinischen Variablen ähnlich und in Comtois et al. (2007) wurden bezüglich klinischen und demographischen Variablen der Patienten keine Aussagen gemacht.

In sieben der acht analysierten Studien wurden die Teilnehmer der Untersuchungsgruppen gleich behandelt (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010). In der Studie von van den Bosch et al. (2005) erhielten die Patienten in der Interventionsgruppe keine Therapie, die Patienten in der Kontrollgruppe wurden jedoch weiter ambulant betreut. Alle Studien beschrieben Faktoren, welche die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. Daher wurde dieses Kriterium nur teilweise, und in van den Bosch et al. (2005) gar nicht erfüllt.

Eine Intention- to- treat- Analyse wurde in sechs Studien durchgeführt (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010). In der Studie von Harned et al. (2010) war ein Gruppenwechsel aufgrund verschiedener Diagnosen nicht

möglich. Keine Aussagen bezüglich Gruppenwechsel der Teilnehmer oder Intention- to- treat- Analyse wurden in Comtois et al. (2007) gemacht.

Drei Studien haben eine Poweranalyse durchgeführt und diese erfüllt (Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Bohus et al., 2004). Carter et al. (2010) haben sich in ihrer Studie auf die Poweranalyse einer früheren Studie bezogen, welche ebenfalls erfüllt wurde. In vier Studien wurde nicht erwähnt, ob eine Poweranalyse durchgeführt wurde (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010).

Die Ergebnisse von vier analysierten Studien stehen im Einklang mit anderen Untersuchungen zum Thema Dialektisch- Behaviorale Therapie bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung (van den Bosch et al., 2005; Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010). Bei den anderen vier Studien stimmen die Ergebnisse nur teilweise mit früheren Untersuchungen zu dieser Thematik überein (Verheul et al., 2003; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010).

randomisiert kontrollierte Versuche										
Studie	Rekrutierung adäquat	Randomisierung adäquat	Gruppenteilung adäquat	Follow- up & Begründung der Ausfallsquoten	Verblindung	Ähnlichkeit der Gruppen	Gleichbehandlung der Gruppen	Bewertung in zugeiteter Gruppe	Grösse der Stichprobe ausreichend	Einklang mit anderen Studien
Verheul et al. (2003)	ja	ja	unklar	teilweise	teilweise	ja	teilweise	ja	unklar	teilweise
van den Bosch et al. (2005)	ja	ja	unklar	nein	nein	ja	nein	ja	unklar	ja
Linehan et al. (2006)	ja	ja	unklar	teilweise	teilweise	ja	teilweise	ja	ja	teilweise
McMain et al. (2009)	ja	ja	unklar	teilweise	teilweise	ja	teilweise	ja	ja	teilweise
Carter et al. (2010)	ja	teilweise	unklar	teilweise	teilweise	ja	teilweise	ja	ja	teilweise
nicht randomisierte Interventionsstudien										
Studie	Rekrutierung adäquat	Randomisierung adäquat	Gruppenteilung adäquat	Follow- up & Begründung der Ausfallsquoten	Verblindung	Ähnlichkeit der Gruppen	Gleichbehandlung der Gruppen	Bewertung in zugeiteter Gruppe	Grösse der Stichprobe ausreichend	Einklang mit anderen Studien
Bohus et al. (2004)	ja	nein	nein	ja	unklar	ja	teilweise	ja	ja	ja
Comtois et al. (2007)	ja	nein	nein	teilweise	nein	unklar	teilweise	unklar	unklar	ja
Harned et al. (2010)	ja	nein	nein	unklar	teilweise	teilweise	teilweise	ja	unklar	ja

Tabelle 13: Gesamtqualität der analysierten Studien

5. Diskussion

Im Diskussionsteil werden die Merkmale und Hauptergebnisse der analysierten Studien erneut aufgegriffen und diskutiert. Es folgt die Diskussion über die Qualität der analysierten Studien und zum Schluss eine kritische Würdigung der systematischen Literaturübersicht, in welcher sowohl auf positive als auch auf negative Aspekte der Arbeit eingegangen wird.

5.1 Diskussion der Merkmale der analysierten Studien

Alle acht analysierten Studien haben in Form einer Interventionsstudie die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie auf suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung untersucht. Interventionsstudien sind gemäss Behrens und Langer (2010) für die Pflegepraxis sehr relevante Studien. LoBiondo-Wood und Haber (2005) weisen darauf hin, dass bei Interventionsstudien die Patienten und das Pflegesystem im Mittelpunkt stehen und sie dem Pflegepersonal die Gelegenheit bieten, einen Beitrag zur wissenschaftlichen Grundlage der Pflegepraxis zu leisten. Da die vorliegende systematische Literaturübersicht dem Ziel nachgeht, eine evidenzbasierte Pflege zu gewährleisten, erscheint somit die Analyse von Interventionsstudien unerlässlich.

In der vorliegenden systematischen Literaturübersicht handelt es sich bei fünf Interventionsstudien um randomisiert kontrollierte Versuche (RCT's, Verheul et al, 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010). RCT's können als Goldstandard angesehen werden, da durch Randomisierung der Patienten in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe eine gleichmässige Verteilung von bekannten und unbekannten Einflussgrössen bewirkt wird. Somit gewährleisten RCT's eine hohe interne Validität. Durch die Randomisierung können Selektions- Bias vermieden werden (Behrens & Langer, 2010). Drei der den acht analysierten Studien (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010) sind nicht randomisierte Interventionsstudien. Sie weisen daher ein quasi-experimentelles Design nach Stetler et al. auf (1998, zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Laut LoBiondo-Wood und Haber (2005) beinhalten Studien mit quasi- experimentellem Design eine experimentelle Behandlung, es fehlt jedoch gewöhnlich das Element der Randomisierung. Folglich sind durch die fehlende Randomisierung bei diesen drei Studien Selektions- Bias nicht auszuschliessen und es besteht die Gefahr, dass die interne Validität dadurch beeinflusst wurde.

Die Stärke der Evidenz der analysierten Studien wurde nach dem Bewertungssystem von Stetler et al. (1998, zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) eingeschätzt. Die fünf RCT's entsprechen der Evidenzstärke II (Verheul et al, 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et. al., 2010) und die drei Studien mit quasi- experimentellem Design der Evidenzstärke III

(Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010). Zur Einschätzung der Evidenzstärke einer Studie gibt es verschiedene Bewertungssysteme (Rosswurm & Larrabee, 1999, U.S. Preventive Services Task Force, 1996, zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005; Behrens & Langer, 2010). In den meisten Bewertungssystemen weisen RCT's und Studien mit quasi- experimentellem Design einen hohen Evidenzgrad auf. An dieser Stelle muss betont werden, dass ein hoher Evidenzgrad der analysierten Studien nicht mit einer hohen Studienqualität gleichgesetzt werden kann.

Die analysierten Studien wurden in den Niederlanden, den USA, in Kanada, Australien oder in Deutschland durchgeführt. Durch die Durchführung der Intervention in verschiedenen Ländern besteht die Möglichkeit, dass kulturelle Einflüsse die Ergebnisse beeinflusst haben.

Um eine Antwort auf die Frage zu erhalten, wie in der wissenschaftlichen Literatur die Wirksamkeit der Dialektisch- Behaviorale Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline- Patienten beschrieben wird, wurden Studien der letzten zehn Jahre in die Analyse mit einbezogen. Gemäss LoBiondo-Wood und Haber (2010) beträgt eine allgemeine Zeitbegrenzung für die Berücksichtigung der Literatur in Forschungsprojekten vorzugsweise fünf bis zehn Jahre. Dementsprechend wurde für die vorliegende systematische Literaturübersicht nicht nur aktuelle, sondern auch früher veröffentlichte Literatur berücksichtigt, womit ein breiter Überblick zur Thematik geschaffen werden kann.

Die Stichprobengrösse der Patienten lag zwischen 38 und 180. Richtlinien für die Stichprobengrösse gibt es keine. Um die Wahrscheinlichkeit der Repräsentation der Population zu erhöhen, sollte sie jedoch so gross wie möglich sein. Je kleiner die Stichprobe ist, desto weniger genau sind die Ergebnisse (LoBiondo-Wood & Haber, 2005).

Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um weibliche und männliche Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Das weibliche Geschlecht war in allen acht analysierten Studien dominierend und war bei sechs Studien ein explizit erwähntes Einschlusskriterium (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010). Da von der Borderline- Persönlichkeitsstörung zu 70% Frauen betroffen sind (Schwartz et al., 1990; Bernstein et al., 1993; Torgersen et al., 2001; zit. in Lieb et al., 2004), lässt sich der überwiegend weibliche Anteil in den analysierten Studien erklären.

Das Alter der Studienteilnehmer lag zwischen 18 und 70 Jahren. Es liegt bereits eine systematische Literaturübersicht über die Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie bei jugendlichen Borderline- Patienten von 12 bis 18 Jahren mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten vor (DBT- A, Backer et al., 2009). Die erste stationäre psychiatrische Behandlung bei Borderline- Patienten erfolgt im Durchschnitt jedoch erstmals im Alter von 24 Jahren (Bohus & Höschel, 2006). Da ausserdem laut Steenkamp und Harrison (2000, zit. in Schmahl & Stiglmayr, 2009) weibliche Borderline- Patienten

zwischen 20 und 24 Jahren am häufigsten suizidales und selbstverletzendes Verhalten aufweisen, wurde in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf erwachsene Borderline- Patienten gelegt, beziehungsweise auf Borderline- Patienten ab 18 Jahren. In den acht analysierten Studien erstreckte sich das Alter bis 70 Jahre, womit eine Aussage über die Wirksamkeit der Intervention über eine breite Population möglich ist.

Eine informierte Zustimmung, wurde in drei Studien gegeben (Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010). Durch die Informierte Zustimmung entscheidet sich der Patient zur Studienteilnahme, nachdem er über mögliche Vorteile und Risiken informiert wurde (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). In zwei Studien haben die Patienten durch schriftliche Zustimmung der Studienteilnahme zugestimmt (Bohus et al., 2004; Carter et al., 2010). Es wurde nicht erwähnt, ob dies nach Informierung der Patienten geschah, wie auch in zwei weiteren Studien (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005), bei denen zusätzlich zur schriftlichen Zustimmung das Einverständnis des für die Patienten zuständigen Therapeuten erwähnt wurde. Trotzdem nimmt die Autorin der vorliegenden Arbeit an, dass die Patienten in diesen Studien ausreichend informiert wurden, da ohne Aufklärung normalerweise keine Zustimmung erfolgt. In Comtois et al. (2007) wurde die freiwillige Studienteilnahme erwähnt und dass diese nicht finanziell entschädigt wurde. Ausserdem wurde in vier Studien die Genehmigung der Ethikkommission bestätigt (Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010), was laut Mayer (2001) bedeutet, dass das Forschungsprojekt durch die Ethikkommission geprüft, die Sicherstellung ethischer Standards eingehalten und der Schutz der Versuchspersonen gewährleistet wurde. Die Autorin geht schliesslich davon aus, dass alle Patienten das Recht hatten, bestimmte Interventionen bezüglich ihrer Erkrankung zu akzeptieren oder abzulehnen. Die acht analysierten Studien haben daher die ethischen Aspekte in der Forschung berücksichtigt und erfüllt.

Die Studien, welche suizidales sowie selbstverletzendes Verhalten untersucht haben (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010), haben für deren Beurteilung den Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI), das Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII) und den Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) angewendet. Diese drei Messinstrumente werden in der wissenschaftlichen Literatur als reliable und valide Messinstrumente beschrieben. LoBiondo-Wood und Haber (2005) betonen, dass sich der Grad der Reliabilität und Validität eines Messinstrumentes entscheidend auf die Ergebnisse auswirkt, sowie auf die interne und externe Validität einer Studie. In den drei Studien, in denen selbstverletzendes Verhalten analysiert wurde (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Carter et al., 2010), wurden als Messinstrumente der Lifetime Parasuicide Count (LPC), das Treatment History Interview (THI) und das Parasuicide History Interview- 2 (PHI-2) verwendet. Für diese drei Messinstrumente werden in der wissenschaftlichen Literatur weder Validität noch Reliabilität beschrieben. Es besteht somit die Möglichkeit, dass diese

Instrumente eine mangelnde Qualität aufweisen, was sich folglich auf die Ergebnisse, die interne und externe Validität der Studien auswirken kann. Durch den Gebrauch von einem einheitlichen reliablen und validen Messinstrument zur Einschätzung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten könnte die Beeinflussung der Ergebnisse minimiert werden.

5.2 Diskussion der Hauptergebnisse der analysierten Studien

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Durchführung der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) diskutiert, anschliessend die Schulung der Therapeuten und zum Schluss die Hauptergebnisse der einzelnen Studien bezüglich suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens.

In fünf der acht analysierten Studien wurde als Intervention die Standard- DBT von Linehan (1991) durchgeführt und in drei Studien eine angepasste Version (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Carter et al., 2010). Selbstverletzendes Verhalten wurde in der Studie von Carter et al. (2007) reduziert, jedoch ohne Signifikanz und es zeigte sich keine signifikante Differenz zur Kontrollgruppe. Demzufolge könnte davon ausgegangen werden, dass dies möglicherweise auf die Adaption der Standard- Therapie zurückzuführen ist. Dies wird zudem von den Autoren in ihrer Diskussion erwähnt. Da jedoch die Adaption an die Standard- Therapie in dieser Studie minim war und in den anderen beiden Studien mit angepasster DBT selbstverletzendes Verhalten signifikant reduziert wurde (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007), geht die Autorin der vorliegenden Arbeit nicht davon aus, dass die Ergebnisse durch die Anpassung der Therapie beeinflusst wurden.

Die DBT dauerte in sechs Studien ein Jahr (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010). Nach Linehan (1993, zit. in Fassbinder et al., 2007) wird die Standard- DBT mindestens über ein bis zwei Jahre durchgeführt. In Carter et al. (2010) wurde die DBT über sechs Monate angewendet. Selbstverletzendes Verhalten konnte hier, wie bereits erwähnt, nicht signifikant verbessert werden. Dies könnte möglicherweise auf eine zu kurze Therapie zurückgeführt werden. Da jedoch in Bohus et al. (2004) die DBT nur über drei Monate erfolgte und sich trotzdem eine signifikante Reduktion von selbstverletzendem Verhalten zeigte, kann diese These widerlegt werden. Nichts desto trotz nimmt die Autorin der vorliegenden Arbeit an, dass zur Vertiefung und zum Erhalt eines reduzierten Problemverhaltens eine länger andauernde Therapie möglicherweise sinnvoller erscheint (van den Bosch et al., 2005; Harned et al., 2010).

Zwei Studien haben ein Follow- up durchgeführt, während dem die Patienten keine DBT erhielten (van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006). Die Effekte blieben in beiden Studien über die Follow- up Periode bestehen, haben sich jedoch nicht weiter verbessert. Dies lässt vermuten, dass ein längeres Follow- up ohne DBT die Effekte möglicherweise auslöschen könnte (van den Bosch et al., 2005). Durch weitere Forschungen in diesem Bereich wären Aussagen über eine möglicherweise notwendige

psychologische Nachbetreuung der Patienten nach Erhalt der DBT möglich, damit Reduktionen in Bezug auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben. In sechs Studien wurde die DBT ambulant durchgeführt (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010). In Harned et al. (2010) wird nicht explizit erwähnt, ob die Therapie ambulant oder stationär erfolgte. Nach intensiver Auseinandersetzung mit der Studie und aufgrund der Tatsache, dass die DBT ursprünglich für ambulante Patienten entwickelt wurde (Palmer et al., 2003), ist anzunehmen, dass auch in dieser Studie die Behandlung ambulant erfolgte. Nur in einer Studie erfolgte die DBT stationär (Bohus et al., 2004). Da sich hier eine signifikante Reduktion von selbstverletzendem Verhalten mit signifikanter Differenz zur Kontrollgruppe zeigte, lässt sich daraus schliessen, dass die Wirksamkeit der DBT nicht von der Art des Settings abhängig ist oder beeinflusst wird.

In allen acht analysierten Studien wurde die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) durch geschulte Therapeuten durchgeführt. Wie mehrere Autoren betonen (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009), spielen Therapeuten in der Therapie von Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine zentrale Rolle. Deshalb ist eine umfangreiche Schulung der DBT-Methoden von grosser Bedeutung. In vier Studien (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009) wurden die Therapeuten durch die Entwicklerin der DBT, Marsha Linehan geschult und in zwei Studien (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007) durch den ersten Autor, einen leitenden DBT- Trainer. Harned et al. (2010) geben in ihrer Studie keine genauen Angaben bezüglich Therapeuten- Schulung. Da jedoch Linehan als Autorin an der Studie beteiligt war, kann davon ausgegangen werden, dass die Therapeuten durch sie geschult wurden. In Carter et al. (2010) wurden die Therapeuten durch selbständiges Erarbeiten des DBT- Manuals und durch ein einleitendes DBT- Programm geschult. Wer dieses DBT- Programm durchgeführt hat, ist unklar. Deshalb ist es denkbar, dass der DBT- Trainer im Hinblick auf die DBT- Methoden ungenügend qualifiziert war. Da in dieser Studie selbstverletzendes Verhalten nicht signifikant reduziert wurde und keine signifikante Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ersichtlich war, besteht die Möglichkeit, dass dies durch eine unzureichende Schulung der Therapeuten begründet werden kann.

Die Hauptergebnisse bezüglich suizidalen und/oder selbstverletzenden Verhaltens werden nicht wie im Ergebnisteil anhand der Kategorien randomisiert kontrollierte Versuche und nicht randomisierte Interventionsstudien diskutiert, da dies einen Vergleich der Studien erschwert hätte. Stattdessen hat sich die Autorin dafür entschieden, Studien, welche suizidales und selbstverletzendes Verhalten erforschten, einander gegenüberzustellen, sowie Studien, welche ausschliesslich selbstverletzendes untersuchten.

In fünf der acht analysierten Studien wurde suizidales und selbstverletzendes Verhalten erfasst (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010). In drei dieser fünf Studien konnte suizidales und selbstverletzendes Verhalten signifikant verbessert werden (Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Harned et al., 2010). In Linehan et al. (2006) wurden Suizidversuche in der Interventionsgruppe signifikant reduziert mit signifikanter Differenz zur Kontrollgruppe. In dieser erhielten die Patienten Community Treatment by Experts. Community Treatment by Experts ist eine speziell für diese Studie entwickelte allgemeine, nicht- behaviorale Therapie durch Experten in der Behandlung schwieriger Patienten (Linehan et al. 2006). Die Ergebnisse bekräftigen also, dass die DBT verglichen mit dem Community Treatment by Experts effektiver zur Behandlung von Suizidversuchen zu sein scheint. Bezüglich nicht- suizidaler Selbstverletzung, Suizidgedanken und Lebensmotivation zeigten sich jedoch in beiden Gruppen signifikante Verbesserungen ohne signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Das wiederum würde bedeuten, dass sich in diesen Bereichen die Community Treatment by Experts ebenfalls als wirksam erweisen würde. Dies wagt die Autorin der vorliegenden Arbeit jedoch zu bezweifeln, da diese Behandlung keine standardisierte oder empirisch evaluierte Therapie darstellt und ausserdem laut Bohus und Schmahl (2007) bei der Behandlung von Borderline- Patienten empfohlen wird, sich an manualisierten störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlungskonzepten zu orientieren. Daher wird angenommen, dass die positiven Effekte in der Kontrollgruppe eher auf unbekannte Einflüsse, wie beispielsweise den Hawthorne- Effekt, zurückzuführen sind.

In McMain et al. (2009) sind suizidales und selbstverletzendes Verhalten in beiden Gruppen signifikant gesunken und es zeigte sich keine signifikante Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die Wirksamkeit der DBT in Bezug auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten konnte somit nachgewiesen werden, jedoch nicht die Überlegenheit der DBT zur Kontrollbehandlung, dem General Psychiatric Management. Das General Psychiatric Management basiert auf Empfehlungen der American Psychiatric Association (2001, zit. in McMain et al., 2009) für die Behandlung von Borderline- Patienten und ist eine kohärente, hochstandardisierte ambulante Therapie mit Case Management, dynamisch geprägter Psychotherapie und Symptom bezogenem Medikationsmanagement. Sie wurde erstmals in dieser Studie empirisch geprüft. Durch die signifikanten Ergebnisse im Hinblick auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten in der Kontrollgruppe wird ersichtlich, dass General Psychiatric Management zur Behandlung von Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung gleich effektiv wie die DBT zu sein scheint.

In der Studie von Harned et al. (2010) wurde der signifikante Effekt von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten in der Patientengruppe mit der Diagnose der Borderline- Persönlichkeitsstörung beobachtet, wie auch in der Patientengruppe mit der Borderline-

Persönlichkeitsstörung plus dem Posttraumatischen Stresssyndrom. Das Posttraumatische Stresssyndrom steht mit den traumatischen Erfahrungen und dissoziativen Zuständen der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Zusammenhang (Davison et al., 2007). Laut Foa, Keane, Friedman und Cohen (2009, zit. in Harned et al., 2010) haben Patienten mit dem Posttraumatischen Stresssyndrom eine sehr hohe Prävalenz von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten. Deshalb bildet suizidales und selbstverletzendes Verhalten zur Therapie des Posttraumatischen Stresssyndroms ein Ausschlusskriterium und sollte primär vor Therapiebeginn durch eine andere Therapie reduziert werden. Da sich suizidales und selbstverletzendes Verhalten durch die DBT in beiden Patientengruppen signifikant reduziert hat, wird ersichtlich, dass sich diese Therapie als Vorbehandlung zur Therapie des Posttraumatischen Stresssyndroms eignen würde (Harned et al. 2010).

Nicht signifikant reduziert wurden suizidales und selbstverletzendes Verhalten in zwei Studien (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005). Es zeigte sich jedoch trotzdem in beiden Studien eine Abnahme in der Interventionsgruppe. In Verheul et al. (2003) konnte zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Dies lässt sich darin erklären, dass sich Suizidversuche, selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten in der Interventionsgruppe durch die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) verbessert und in der Kontrollgruppe durch gewöhnliche Behandlung verschlechtert haben. Die gewöhnliche Behandlung beinhaltete in dieser Studie nicht mehr als zwei Sitzungen im Monat zwischen Patient und Psychologen, Psychiater oder Sozialarbeiter. Durch die Verschlechterung der Outcomes in der Kontrollgruppe wird erneut bestätigt, dass eine nicht- spezialisierte Therapie bei Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Bezug auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten ungeeignet scheint und sogar schaden kann (Verheul et al., 2003). Dass die Reduktionen von Suizidversuchen, selbstverletzendem und selbstschädigend impulsivem Verhalten durch die DBT ohne Signifikanz waren, erklärt sich die Autorin der vorliegenden Arbeit damit, dass die Studie von Verheul et al. (2003) als erste DBT- Studie ausserhalb der USA und nicht durch Linehan durchgeführt wurde. Somit könnten unbekannte kulturelle Einflüsse möglicherweise die Ergebnisse beeinflusst haben.

In der Studie von van den Bosch et al. (2005) blieben die Ergebnisse betreffend Suizidversuchen, selbstverletzendem und selbstschädigend impulsivem Verhalten über die Follow- up- Periode ohne DBT bestehen, es zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe mehr. Dies kann bedeuten, dass sich die verbesserten Outcomes in der Interventionsgruppe ohne DBT möglicherweise wieder verschlechtert haben. Das wurde bereits oben von den Autoren van den Bosch et al. (2005) angedeutet, indem sie darauf hinwiesen, dass ein längeres Follow- up ohne DBT die Verbesserungen in den Outcomes auslöschen könnte. Aufgrund dessen weist die Autorin erneut auf eine möglicherweise notwendige psychologische Nachbetreuung der Borderline- Patienten nach Beendigung der DBT hin,

damit positive Effekte bezüglich suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens auf Dauer erhalten bleiben.

In drei Studien wurde nur selbstverletzendes Verhalten untersucht (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Carter et al., 2010). In zwei Studien wurde eine signifikante Reduktion festgestellt (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007). In Bohus et al. (2004) wurde zusätzlich eine signifikante Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nachgewiesen. Die Patienten in Kontrollgruppe erhielten eine allgemeine psychiatrische Versorgung, während sie auf einer Warteliste auf den Erhalt der DBT warteten. Die DBT war also der Kontrollgruppe überlegen und zeigte ihre Wirksamkeit zur Reduktion von selbstverletzendem Verhalten.

In der Studie von Comtois et al. (2007) wurden Frauen, Männer, Inhaftierte mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung im King Country Gefängnis und Patienten mit bipolaren, psychotischen Störungen in die Studie eingeschlossen. Die Autoren weisen darauf hin, dass bipolare und psychotische Störungen in Studien zur Untersuchung der Standard- DBT ausgeschlossen werden. Die signifikanten Resultate ermöglichen also die Aussage, dass die DBT zur Reduktion von selbstverletzendem Verhalten auch bei Männern und Inhaftierten Borderline- Patienten mit bipolaren und psychotischen Störungen wirksam ist.

In der Studie, in der selbstverletzendes Verhalten nicht signifikant reduziert wurde (Carter et al., 2010), zeigte sich trotzdem in beiden Gruppen eine Verbesserung, ebenfalls bezüglich Hospitalisierung aufgrund absichtlicher Selbstverletzung. Signifikante Differenzen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe konnten nicht beobachtet werden. Patienten in der Interventionsgruppe tendierten zu kürzeren Aufenthalten der Hospitalisierungen, wieder ohne signifikante Differenz zur Kontrollgruppe. Alle Ergebnisse dieser Studie waren also ohne Signifikanz. Signifikanz würde gemäss Behrens und Langer (2010) bedeuten, dass die Daten von reinen Zufallswerten abweichen und sehr wahrscheinlich auf die Intervention zurückzuführen wären. Da dies jedoch nicht der Fall war, kann davon ausgegangen werden, dass andere Einflüsse wie beispielsweise der Hawthorne- Effekt oder die bereits diskutierte mangelnde Therapeuten- Schulung die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Autoren selber weisen in ihrer Studie darauf hin (Carter et al., 2010), dass die Kontrollbehandlung, eine alternative, fortlaufend ambulante Therapie in teilweiser Begleitung von Psychotherapie, in Newcastle, wo die Studie durchgeführt wurde, bislang sehr positive Effekte erzielt hat. Dies könnte nach Meinung der Autorin der vorliegenden Arbeit zu einer positiven Einstellung gegenüber der Kontrollbehandlung geführt haben, was sich zudem auf die Ergebnisse ausgewirkt haben könnte. Die Autorin behauptet deshalb, dass bei einer adäquaten Therapeuten- Schulung und einer anderen Kontrollgruppe die DBT in dieser Studie trotzdem signifikante Reduktionen von selbstverletzendem Verhalten hätte aufweisen können.

Die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) zeigte ihre Wirksamkeit ebenfalls in anderen Outcomes, wie Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Dissoziation, Wut, Angst, zwischenmenschliche Funktionen, soziale Funktionen, Depressionen, Therapieabbrüche, Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen, Medikation, Distress, Arbeitsunfähigkeit und Lebensqualität. Auf diese Outcomes wurde bereits im theoretischen Rahmen eingegangen. Sie stehen in engem Zusammenhang mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten und mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Aufgrund dieser Ergebnisse kann angenommen werden, dass die DBT eine wirksame Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung in Bezug auf unterschiedliche Problemverhalten darstellt.

5.3 Diskussion der Qualität der analysierten Studien

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte in allen acht analysierten Studien durch Gelegenheitsstichproben. Eine Gelegenheitsstichprobe wird definiert als Auswahl der am leichtesten verfügbaren Personen für eine Studie. Dieses Verfahren der Rekrutierung ermöglicht dem Forscher zwar eine bequeme und leichte Auswahl der Teilnehmer, beinhaltet jedoch das Risiko von verfälschten Ergebnissen und gefährdet die externe Validität. Bei der Gelegenheitsstichprobe ist deshalb wichtig, dass eine ausreichende Anzahl von Teilnehmern gefunden wird, welche die gleichen Kriterien erfüllen (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Aufgrund dessen haben alle acht Studien Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Laut LoBiondo-Wood und Haber (2005) gewährleisten Stichproben, welche durch Ein- und Ausschlusskriterien erhoben wurden, mit hoher Wahrscheinlichkeit, dass alle Studienteilnehmer die Merkmale der relevanten Variablen aufweisen. Wenn also eine für die Zielpopulation repräsentative Stichprobe sichergestellt werden kann, lassen sich Schlussfolgerungen aus den Befunden der Stichprobe auf die ganze Population übertragen. Das Kriterium einer adäquaten Rekrutierung des angepassten Qualitätsbogens von Behrens und Langer (2004) wurde deshalb, trotz Gelegenheitsstichprobe anstelle einer Zufallsstichprobe, von allen acht Studien erfüllt.

Randomisiert wurde in vier der acht analysierten Studien durch computergesteuerte Methode oder durch Blockrandomisierung (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009). Dadurch hatten alle Studienteilnehmer die gleiche Chance der Interventionsgruppe zugeteilt zu werden und es wurde sichergestellt, dass sich die Interventions- und die Kontrollgruppe so ähnlich wie möglich waren, das heisst, sich in allen bekannten und unbekannten Merkmalen nicht unterschieden (Behrens & Langer, 2010). In den Studien, in denen die Randomisierung als teilweise adäquat oder nicht adäquat bezeichnet wurde (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010; Carter et al., 2010), besteht demnach die Möglichkeit, dass verfälschende Einflüsse im Voraus nicht ausgeschlossen wurden und Unterschiede in den Ergebnissen folglich nicht der Intervention zugeordnet werden können (Behrens & Langer, 2010).

Die Gruppenzuteilung war in keiner der acht analysierten Studien adäquat. Entweder war die Gruppenzuteilung unklar, nicht erwähnt (Verheul et al., 2003, van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010) oder nicht adäquat (Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010). Nach Behrens und Langer (2010) beinhaltet eine inadäquate Gruppenzuteilung die Gefahr, dass die Gruppenzugehörigkeit des Patienten möglicherweise vorhersehbar war. Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass beispielsweise eine gezielte Zuteilung schwacher Patienten zu der Intervention erfolgt ist, was wiederum die Ergebnisse manipuliert haben könnte.

Ein Follow- up über 80% zeigte sich in zwei der acht analysierten Studien (Bohus et al., 2004; Verheul et al., 2003). Ein hohes Follow- up ist enorm wichtig, da die fehlenden Patienten die Ergebnisse verschleiern können. Ein Follow- up über 80% wäre wünschenswert und spricht für eine gute Qualität (Behrens & Langer, 2010). In fünf Studien (van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010) lag das Follow- up unter 80% und in Harned et al. (2010) konnte das Follow- up aufgrund fehlenden Informationen nicht ausgerechnet werden. Infolgedessen besteht die Möglichkeit, dass die Ergebnisse dieser Studien durch die Ausstiegsrate der Patienten verfälscht wurden. Der Wert des Follow- up muss laut Behrens und Langer (2010) immer im Kontext betrachtet werden. Die Ausstiegsgründe der Patienten sind im Zusammenhang der Glaubwürdigkeit mit dem Follow- up von grosser Bedeutung. In allen vier Studien, in denen die Ausfallsquoten beschrieben wurden (Bohus et al., 2004; Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009), erwähnten die Autoren als Ausstiegsgrund den Therapieabbruch durch den Patienten, aufgrund diversen Gründen wie „nicht hilfreiche Sitzungen“, „mit dem Therapeuten nicht klar gekommen“, „keine Lust mehr“ und so weiter. Da eine hohe Therapieabbruchrate der Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung bekannt ist (Schiel, 2005), kann nach Meinung der Autorin die mangelhafte Glaubwürdigkeit bezüglich Follow- up in den Studien erklärt und nachvollzogen werden.

In keiner der analysierten Studien wurde eine Dreifachverblindung durchgeführt. Durch eine Dreifachverblindung hätten weder Patient, noch Personal oder Einschätzer gewusst, welcher Gruppe der Patient zugeordnet wurde. Anhand der Theorie von Behrens und Langer (2010) hätten so systematische Fehler vermieden werden können. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der vorliegenden Arbeit mit der Thematik einer Psychotherapie eine Verblindung des Personals, also der Therapeuten, nicht möglich war. Diese müssen darüber Bescheid wissen, welche Therapie sie dem Patienten anbieten. Folglich hätte eine Verblindung des Patienten und des Einschätzers ausgereicht, um systematische Fehler zu eliminieren. Da trotzdem in keiner der acht analysierten Studien eine Doppelverblindung durchgeführt wurde, besteht die Möglichkeit, dass sich die Patienten durch ihr

Wissen über die Gruppenzugehörigkeit anders verhielten und infolgedessen die Ergebnisse verfälscht wurden.

Die Untersuchungsgruppen wurden in sechs Studien gleich behandelt (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; Linehan et al., 2006; Comtois et al., 2007; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010; Harned et al., 2010), da die klar strukturierte und zeitlich festgelegte Dialektisch- Behaviorale Therapie grösstenteils ambulant erfolgte und keine anderen Massnahmen durchgeführt wurden. Durch die Gleichbehandlung der Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention kann laut Behrens und Langer (2010) sichergestellt werden, dass Veränderungen in den Ergebnissen tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen sind. Dies ist in der Studie von van den Bosch et al. (2005) nicht der Fall, da die Teilnehmer in den Untersuchungsgruppen während der sechsmonatigen Follow- up- Periode nicht gleich behandelt wurden. Ausserdem wurden in allen acht analysierten Studien Ergebnis beeinflussende Faktoren erwähnt, was zudem den Zusammenhang der Ergebnisse mit der Intervention in Frage stellt.

In sechs der acht analysierten Studien wurde eine Intention- to- treat- Analyse durchgeführt (Verheul et al., 2003; Bohus et al., 2004; van den Bosch et al., 2005; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010). Die Durchführung einer Intention- to- treat- Analyse bedeutet, dass alle Patienten in der zu Beginn zugeteilten Gruppe ausgewertet wurden, wodurch einen relativ unverzerrten Effekt der Intervention entsteht (Behrens & Langer, 2010). In der Studie von Harned et al. (2010) wurden die Patienten anhand ihren Diagnosen entweder in die Gruppe „Borderline- Persönlichkeitsstörung“ oder in die Gruppe Borderline- Persönlichkeitsstörung plus Posttraumatische Belastungsstörung“ zugeteilt. Somit war es nicht möglich, dass ein Patient die Gruppe gewechselt hat. Dies lieferte den Grund, dass die Autorin die Frage „Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?“ mit ja beantwortet hat, wodurch ein verzerrter Effekt der Intervention ausgeschlossen werden kann. In der Studie, in der diese Frage mit unklar beantwortet wurde (Comtois et al., 2007), muss davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeit von verfälschten Ergebnissen besteht.

In drei Studien wurde eine Poweranalyse durchgeführt und erfüllt (Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Bohus et al., 2004). Eine Studie (Carter et al., 2010) bezog sich auf die Poweranalyse einer früheren Studie, welche ebenfalls erfüllt wurde. Durch eine erfüllte Poweranalyse kann sichergestellt werden, dass die Grösse der Studienpopulation ausreichend ist, um einen Effekt der Intervention nachzuweisen (Behrens & Langer, 2010). Im Hinblick auf die vier Studien, in denen die Durchführung einer Poweranalyse nicht erwähnt wurde (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010), kann demnach behauptet werden, dass die Studien möglicherweise nicht über genügend Power verfügten, um einen tatsächlichen Effekt der Intervention nachweisen zu können.

Die Ergebnisse von vier analysierten Studien stehen im Einklang mit anderen Untersuchungen zum Thema Dialektisch- Behaviorale Therapie bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung (van den Bosch et al., 2005; Bohus et al., 2004; Comtois et al., 2007; Harned et al., 2010). LoBiondo-Wood und Haber (2005) schreiben, dass durch bestätigende Untersuchungen bezüglich der gleichen Thematik die Plausibilität und die Glaubwürdigkeit einer Studie erhöht werden. Daraus schliessend können die vier weiteren Studien, welche nur teilweise mit früheren Studien übereinstimmen, in ihrer Glaubwürdigkeit hinterfragt werden (Verheul et al., 2003; Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009; Carter et al., 2010).

Da die Kriterien im angepassten Qualitätsbogen grösstenteils nur teilweise oder gar nicht erfüllt wurden, kann von einer gesamthaft niedrigen Glaubwürdigkeit der acht analysierten Studien ausgegangen werden. In diesem Zusammenhang muss jedoch berücksichtigt werden, dass im angepassten Qualitätsbogen gewisse Kriterien nicht auf alle Studien übertragbar waren und diese Studien in diesen Bereichen dann ebenfalls als nicht adäquat beurteilt wurden.

5.4 Kritische Würdigung

Die präzise formulierte Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit konnte durch die acht analysierten Studien beantwortet werden. Durch das Design einer systematischen Literaturübersicht konnten Ergebnisse zur Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline- Patienten dargelegt werden. Die Hauptkonzepte wurden im theoretischen Rahmen erläutert und konnten in der Diskussion mit den Ergebnissen in Verbindung gebracht werden.

Die Datensuche erfolgte in fünf pflegerelevanten und themenspezifischen Datenbanken. Da die Thematik dieser Arbeit ein psychologisches Thema umfasste, machte es Sinn, zusätzlich zu den pflegerelevanten Datenbanken Cochrane, PubMed, Cinahl und Health Source auch in der themenspezifischen Datenbank PsycInfo nach relevanter Literatur zu suchen. Durch die breite Suche in mehreren Datenbanken kann die Möglichkeit, dass wichtige Studien zu der Thematik übersehen wurden, minimiert werden.

Die zentralen Begriffe der Fragestellung wurden als Suchbegriffe gebraucht. Falls möglich, wurden die Begriffe in den Datenbanken als Mesh- Begriffe verwendet. Dadurch wurden zu den Hauptbegriffen automatisch ebenfalls die jeweilig untergeordneten Begriffe in die Suche miteinbezogen. Außerdem hat die Autorin in Bezug auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten weitere ähnliche Begriffe verwendet und mit OR verbunden, um eine erweiterte Definition der Begriffe zu erzielen. Infolgedessen konnte eine ausgedehnte Suche zur Thematik DBT auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline- Patienten durchgeführt werden. Durch die genaue Beschreibung und Transparenz der

Suchstrategie konnte das Vorgehen zur Datenerhebung vom Leser nachvollzogen werden, was die Vertrauenswürdigkeit dieser Arbeit erhöht.

Die Suche erschloss sich über einen Zeitraum von zehn Jahren (2000 bis 2010). Dadurch konnten frühere Erkenntnisse mit aktuellen verknüpft werden. Durch die Jahreseinschränkung konnten jedoch relevante Studien zur DBT vor dem Jahr 2000 nicht in die Analyse mit einbezogen werden.

Durch das Festlegen von Ein- und Ausschlusskriterien konnte die Fragestellung beantwortet werden. Mit Hilfe einer Tabelle wurde ein Überblick über die Ein- und Ausschlusskriterien geschaffen. Aus dieser Tabelle ist zu entnehmen, aus welchem Grund eine Studie nicht in die weitere Analyse mit einbezogen wurde. Dadurch konnte die Nachvollziehbarkeit der Ein- und Ausschlusskriterien gewährleistet werden.

Studien, welche nicht die vollständige DBT anboten, das heißt nicht alle vier DBT-Behandlungskonzepte beinhalteten, wurden ausgeschlossen. So konnte ein adäquater Vergleich der Studien sichergestellt werden. Auch die DBT für Adoleszente wurde ausgeschlossen, da zu dieser Thematik bereits eine systematische Literaturübersicht besteht (Backer et al., 2009). Es muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass durch den Einschluss der Studien dieser Review ein Vergleich der Resultate von jugendlichen und erwachsenen Borderline- Patienten in Bezug auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten möglich gewesen wäre. Zuletzt wurden Studien mit Stichprobenzahlen unter $n=24$ und Pilotstudien ausgeschlossen. Die Stichprobenzahl von $n=24$ wurde deshalb gewählt, da die Autoren von Bohus et al. (2000) in ihrer Pilotstudie bei einer Stichprobengröße von $n=24$ darauf hinweisen, dass diese zu klein gewählt wurde und aufgrund dessen keine signifikanten Ergebnisse beobachtet werden konnten. Laut LoBiondo-Wood und Haber (2005) liefert eine größere Stichprobe normalerweise genauere Ergebnisse. Die Pilotstudie, die als Untersuchung über eine kleine Stichprobe definiert wird, bildet hier die Ausnahme. Sie dient als Vorläufer einer gross angelegten Forschungsarbeit. Da jedoch die DBT im Zusammenhang mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung bereits großflächig erforscht wurde, erachtete es die Autorin als unnötig, Pilotstudien in der vorliegenden Arbeit mit einzubeziehen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass so möglicherweise weitere relevante Ergebnisse übersehen wurden.

Da in der vorliegenden Arbeit nur Studien eingeschlossen wurden, welche in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht waren, blieben möglicherweise wichtige Studien in anderen Sprachen zu der Thematik der vorliegenden Arbeit unbeachtet. Weil die Muttersprache der Autorin Deutsch ist, hat sie sich bei Unsicherheiten in Bezug auf die Übersetzung der englischen Studien an Personen mit guten Englischkenntnissen gewandt und an einem Übersetzungsprogramm orientiert. Da die Muttersprache der Personen mit guten Englischkenntnissen ebenfalls Deutsch war und das Übersetzungsprogramm zu einem englischen Begriff mehrere deutsche Begriffe lieferte, müssen Fehlinterpretationen und Sprachbias in Betracht gezogen werden.

Die Einschätzung des Evidenzgrades der analysierten Studien erfolgte anhand des Bewertungssystems von Stetler et al. (1998, zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Die Einschätzung stellte sich als einfach heraus, da in fünf Studien explizit erwähnt wurde, dass es sich um randomisiert kontrollierte Versuche handelte. Die restlichen drei Studien weisen typische Merkmale für ein quasi- experimentelles Design auf, was die Erfassung des Evidenzgrades erleichterte. Weiter wurde die Glaubwürdigkeit der analysierten Studien eingeschätzt. Dazu wurde von der Autorin ein Qualitätsbogen in Anlehnung den Bogen „Beurteilung einer Interventionsstudie“ von Behrens und Langer (2010) erstellt. Weil die Validität und Reliabilität des angepassten Qualitätsbogens nicht empirisch evaluiert wurde, sind Fehler in der Einschätzung der Glaubwürdigkeit der einzelnen Studien nicht auszuschliessen. Durch das Einschätzen des Evidenzgrades und der Glaubwürdigkeit der analysierten Studien konnte die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Arbeit erhöht werden.

Um die Vertrauenswürdigkeit ausserdem zu erhöhen, wurden die für die Analyse gewonnenen Studien mehrmals kritisch gelesen und anhand einer Tabelle zusammengefasst. Zudem fanden regelmässige Treffen mit Mitschülern und einer professionellen Begleitperson statt, sowie ein Austausch in der Klasse und in der Kleingruppe. Die daraus gewonnenen Feedbacks und Erkenntnisse konnte die Autorin in die Arbeit mit einfließen lassen. Durch die konsequente Tagebuchführung wurden die systematischen Arbeitsschritte zur Erstellung dieser systematischen Literaturübersicht fortlaufend reflektiert. Dadurch konnte ein erweitertes Wissen zur Thematik sowie eine kritische Sichtweise erworben werden.

Um die ethischen Aspekte in dieser Arbeit zu gewährleisten, hat die Autorin Plagiate vermieden, auf korrektes Zitieren und Angeben von Literaturquellen geachtet. Aufgrunddessen konnte erneut die Vertrauenswürdigkeit dieser Arbeit erhöht werden.

Es muss beachtet werden, dass die Autorin dieser Arbeit nur über ein Grundwissen in Statistik verfügt. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die statistischen Werte der analysierten Studien nur oberflächlich interpretiert wurden.

Die systematische Literaturübersicht wurde zur Überprüfung des Inhalts, der Stilistik, Grammatik und Rechtschreibung an zwei Personen zum Korrekturlesen gegeben. Die Korrekturen und Vorschläge wurden von der Autorin übernommen und angepasst. Trotzdem können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Die Aussagekraft dieser Arbeit wird durch die gesamthaft niedrige Glaubwürdigkeit der einzelnen Studien beeinträchtigt. Deshalb sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

6. Schlussfolgerungen

Durch das folgende Kapitel zieht die Autorin ein Fazit aus der gegenwärtigen systematischen Literaturübersicht und geht auf die konkrete pflegerische Anwendung der Dialektisch- Behavioralen Therapie genauer ein. Es werden Empfehlungen gemacht für die Pflegepraxis, die Pflegeausbildung und die Pflegeforschung.

6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis und die Pflegeausbildung

Die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) hat sich in fünf der acht analysierten Studien als signifikant wirksame Therapie auf suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung herausgestellt. In den anderen drei Studien konnte eine Reduktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten beobachtet werden.

Zur Reduktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline- Patienten war die DBT nicht nur als ambulante Therapie, sondern auch stationär wirksam. Auf der Station fordert die Therapie von Borderline- Patienten klare Regeln und Strukturen, wie auch ein gewisses Mass an Flexibilität und Anpassung an individuelle Bedingungen. Deshalb ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Therapeuten mit dem Pflegefachpersonal unumgänglich (Barthruff et al., 2002). Da Pflegefachpersonen in akuten Krisen der Patienten oft erste Ansprechpartner sind, sollten sie sich mit der DBT und vor allem mit der dialektischen Haltung vertraut machen, um zu einem reduzierten Problemverhalten der Patienten beitragen zu können (Früchtnicht et al., 2003). Durch diese Unterstützung des Patienten zur Reduktion oder Beseitigung von selbstverletzendem Verhalten, welche in der Nursing Interventions Classification (NIC) als Pflegeintervention aufgeführt wird (Bulechek et al., 2008), kann eine qualitativ hohe und evidenzbasierte Pflege gewährleistet werden. Durch das Beherrschen der DBT- Strategien und einer dialektischen Sichtweise kann einer Überforderung in Krisensituationen seitens der Pflegenden vorgebeugt werden, wodurch die Gefahr der Stigmatisierung und Abwertung der Borderline-Patienten minimiert wird. Deshalb macht es laut der Autorin der vorliegenden Arbeit Sinn, dass Psychiatriepflegefachpersonen DBT- Ausbildungen besuchen, um ein diagnosespezifisches Arbeiten zu erwerben. Somit kann die Zusammenarbeit und die Beziehungsgestaltung mit suizidalen und selbstverletzenden Borderline- Patienten erleichtert werden.

Da die Pflegepraxis eng mit der Pflegeausbildung verknüpft ist, ist es gemäss der Autorin von grosser Bedeutung, dass bereits Pflegestudierende in der Ausbildung über die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Wirksamkeit der DBT, suizidales und selbstverletzendes Verhalten sowie über dessen Folgen und Auswirkungen informiert werden. In diesem Zusammenhang ist auch das Erlernen der Konzepte von Vorurteilen, Stigmatisierung und Schuldgefühlen von grosser Bedeutung.

Somit kann ein sensibilisiertes Verständnis zu dieser Thematik gewonnen werden und Vorurteile bei der Pflege dieser Patientengruppe werden im Voraus transparent, reflektiert und bestenfalls minimiert. Auf der Abteilung ist zudem die Supervision durch die Bezugsperson und die Praxisausbildungsperson von enormer Wichtigkeit, um das Handeln des Auszubildenden zu reflektieren und zu verbessern.

Durch die gezielte Information und durch die Supervision auf der Abteilung kann vor allem die Beziehung zwischen Patient und Pflegefachperson profitieren. Die Beziehung würde sich durch das Vorwissen und das reflektierte Handeln der Pflegenden entspannter und vertrauenswürdiger gestalten, wodurch sich der Borderline- Patient ernst genommen und wertgeschätzt fühlt. Ebenfalls in akuten Krisen kann die Pflegefachperson auf bereits erlerntes Vorwissen zurückgreifen, was Selbständigkeit und Vertrauen vermittelt und wiederum zu einer qualitativ hohen Pflege beitragen kann.

Trotz der mangelnden Glaubwürdigkeit der analysierten Studien ist die Autorin der Meinung, dass eine standardisierte Implementierung der DBT auf psychiatrischen Abteilungen einen langfristig positiven Effekt auf die Inzidenz und Prävalenz von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Patienten mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung nach sich ziehen kann. Durch die Verlässlichkeit und Beständigkeit der Pflegefachpersonen wird den Patienten mehr Vertrauen und Selbstbewusstsein vermittelt, wodurch die Sicherheit auf den Stationen erhöht werden kann.

6.2 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik Borderline- Persönlichkeitsstörung und den Begriffen „suizidales Verhalten“ und „selbstverletzendes Verhalten“ hat sich der Vergleich von verschiedenen Studien zu dieser Thematik als schwierig herausgestellt. Dies aus dem Grund, da die Begriffe in den analysierten Studien anders, oder grösstenteils gar nicht definiert wurden. Wie bereits von Wolfersdorf (2008) erwähnt, stehen die Begriffe in engem Zusammenhang. Eine Definition beider Begriffe am Anfang jeder Studie zu dieser Thematik könnte den Vergleich verschiedener Resultate erleichtern. Auch zur Erfassung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten wären Studien über ein einheitliches Messinstrument sinnvoll, weil dadurch in zukünftigen systematischen Literaturübersichten Vergleiche verschiedener Studien erleichtert und Fehlinterpretationen vermieden werden könnten.

Über die Wirksamkeit der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) bei weiblichen Borderline- Patienten liegen in der wissenschaftlichen Literatur zahlreiche Forschungen vor, Studien über männliche Borderline- Patienten sind jedoch rar. Obwohl die Borderline- Persönlichkeitsstörung häufiger bei Frauen auftritt, wären RCT's, welche sich auf das männliche Geschlecht beziehen, wünschenswert, um die Resultate der Dialektisch- Behavioralen Therapie bezüglich Gender- Aspekt vergleichen zu können.

Ausserdem bestehen in der wissenschaftlichen Literatur kaum Studien, welche die Kosten der DBT untersuchen. Deshalb sind Aussagen über die Beziehung zwischen Kosten und Nutzen in diesem Bereich nicht möglich. Durch Kostenanalysen in zukünftigen Studien zu dieser Thematik könnte diese Forschungslücke geschlossen werden.

Die langfristige Wirksamkeit der DBT wurde in mehreren Studien über eine Follow- up- Periode von sechs Monaten bis zu einem Jahr bereits untersucht. van den Bosch et al. (2005) betonen jedoch, dass weitere Langzeitstudien über eine längere Follow- up- Periode ohne DBT nötig seien, um herauszufinden, ob das reduzierte Problemverhalten und die Überlegenheit der DBT gegenüber anderen Therapien über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben. In diesem Zusammenhang weist die Autorin der vorliegenden Arbeit darauf hin, dass möglicherweise auch Studien über eine Nachbetreuung der DBT erforderlich sind, damit Aussagen über diese Thematik gemacht werden können.

In der vorliegenden systematischen Literaturübersicht hat sich herausgestellt, dass die Schulung der DBT- Therapeuten bei der Anwendung der DBT eine grosse Rolle spielt und möglicherweise Einfluss auf das suizidale und selbstverletzende Verhalten bei Borderline- Patienten hat. Inwiefern und in welchem Ausmass die DBT- Schulung Einfluss auf die Ergebnisse nehmen kann, sollte in weiteren RCT's genauer untersucht werden.

Zur Therapie von suizidalen und selbstverletzenden Borderline- Patienten hat sich in Mc Main et al. (2009) das General Psychiatric Management, welches erstmals in dieser Studie empirisch untersucht wurde, als gleich effektiv wie die DBT herausgestellt. Aufgrund dieser neuen Erkenntnisse schlägt die Autorin zukünftige Vergleichsstudien vor, welche die Wirksamkeit des General Psychiatric Management auf unterschiedliche Outcomes bei der Borderline- Persönlichkeitssörung untersuchen, verglichen mit der DBT oder anderen störungsspezifischen Behandlungen.

Da sich die DBT in der Studie von Harned et al. (2010) als wirksam zur Reduktion von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten erwiesen hat, wurde erwähnt, dass diese Therapie als mögliche Vorbehandlung der Behandlung des Posttraumatischen Stresssyndroms in Betracht gezogen werden kann. Suizidales und selbstverletzendes Verhalten gilt nämlich zur Therapie des Posttraumatischen Stresssyndroms als Ausschlusskriterium. Aufgrund dessen schätzt die Autorin weitere Forschungen vor, welche untersuchen, ob eine längere DBT die restlichen Ausschlusskriterien zur Behandlung des Posttraumatischen Stresssyndroms, wie Psychose, Beziehungsprobleme oder Drogenmissbrauch, ebenfalls reduzieren oder eliminieren kann. Durch die Eliminierung dieser Ausschlusskriterien könnten vermehrt Patienten von einer adäquaten Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung profitieren.

7.Literaturverzeichnis

- Ahrens, R. (2004). Ein pflegerisches Verständnis der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Marsha Linehan. *Fachzeitschrift für die Psychiatrische Pflege*, 10 (4), 13-20.
- Ahrens, R. (2006). Pflege von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten unter salutogenetischen Gesichtspunkten. *Fachzeitschrift für die Psychiatrische Pflege*, 12, 100-107.
- Althaus, D. & Hegerl, U. (2004). Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Nervenarzt*, 75, 1123-1135.
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. C. & de Bie, A. J. H. T. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17 (1), 49-59.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Gefunden am 24. Mai 2011 unter:
http://www.krammerbuch.at/bookData/pdfs/Arntz_Schematherapie_Leseprobe.pdf
- Backer, H., Miller, A. & van den Bosch, L. (2009). Dialectical behaviour therapy for adolescents. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51 (1) , 31-41.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Brooks, A., Hajak, G. & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134 (2), 169-179.
- Barthruff, H., Richter, H., Kern, I. & Bohus, M. (2002). Die stationäre Behandlung von Borderline-Patienten im Rahmen der „Dialektisch Behavioralen Therapie“. *Fachzeitschrift für die Psychiatrische Pflege*, 8, 92-98.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 631-638.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring* (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.

- Bohus, M. & Höschel, K. (2006). Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut*, 4, 261-270.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 78, 1069-1081.
- Buchheim, P. & Doering, S. (2007). Die Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP) der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie im Dialog*, 8 (4), 323-327.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & McCloskey Dochtermann, J. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (5. Aufl.). Missouri: Mosby Elsevier
- Bundesamt für Statistik. (2008). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Gefunden am 11. Mai 2010 unter www.bfs.admin.ch
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162-173.
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Clients with Binge-Eating Disorder or Bulimia Nervosa and Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (6), 505-512.
- Comtois, K. A. (2002). A Review of Interventions to Reduce the Prevalence of Parasuicide. *Psychiatric Services*, 53, 1138-1144.
- Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R. & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Center. *Cognitive and Behavioral Practise*, 14, 406-414.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie* (7. Aufl.). Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- de Gruyter, W. (2007). *Pschyrembel* (261. Aufl.). Berlin: WdeG Verlag.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler-Murr, A. C. (2002). *Pflegediagnosen und Maßnahmen* (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fassbinder, E., Rudolf, S., Bussiek, A., Kröger, C., Arnold, R., Greggersen, W., Hüppe, M., Sipos, V. & Schweiger, U. (2007). Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf - Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57 (3-4) , 161-169.
- Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen* (5. Aufl.). Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., Sixt, B. & Schulz, E. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität

und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (1), 15-27.

- Früchtnicht, R., Grütter, T. & Friege, L. (2003). Pflege im stationären Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fachzeitschrift für die Psychiatrische Pflege*, 9, 219-225.
- Gerson, J. & Stanley, B. (2002). Suicidal and Self-injurious Behavior in Personality Disorder: Controversies and Treatment Directions. *Current Psychiatry Reports*, 4 (1), 30.
- Giernalcyk, T. (2005). *Zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag
- Grzella, K. (2007). DBT- Fertigkeitentraining. Gefunden am 15. Juni 2011 unter http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_38001.php
- Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment for Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (4), 421-429.
- Hauser, S. (2009). Borderline Persönlichkeitsstörung. Gefunden am 18. Mai 2010 unter http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/borderline_mit_logo_1296_1.pdf
- Hawton, K. K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. & van Heeringen, K. (2009). Psychosocial and Pharmacological treatments for deliberate self harm. *The Cochrane Collaboration*, 1.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S. & Lejuez, C. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with Borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17 (5), 460-478.
- Knuf, A. & Tilly, C. (2004). *Borderline: Das Selbsthilfebuch* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kroger, C. & Kosfelder, J. (2007). A meta-analysis of the efficacy of dialectical behavior therapy in borderline personality disorder. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*. 36 (1), 11-17.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364 (9432), 453-461.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L. & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, Reliability, and Validity of a Scale to Assess Suicide Attempts and Intentional Self-Injury. *Psychological Assessment*, 18 (3), 303-312.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63 (7), 757-766.

- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung* (2. Aufl.). München: Elsevier.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (2. Aufl.). Wien: Facultas.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Metzger, C. (2007). *Lern- und Arbeitsstrategien* (9. Aufl.). Oberentfelden: Sauerländer Verlag.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009). Instrumente zur klinischen Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 53 (3), 215-226.
- Osman, A., Gifford, J., Jones, T., Lickiss, L., Osman, J. & Wenzel, R. (1993). Psychometric Evaluation of the Reasons for Living Inventory. *Psychological Assessment*, 5 (2), 154-158.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatwart, N., McGrain, L. & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder--description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (3), 281-286.
- Petermann, F. & Nitkowski, D. (2008). Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf. *Nervenarzt*, 79, 1017-1022.
- Quante, A., Röpke, S., Merkl, A., Anghelescu, I. & Lammers, C. H. (2008). Psychopharmakologische Behandlung von und bei Persönlichkeitsstörungen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 76 (3), 139-146.
- Sauter, D. & Honermann, J. (2004). Pflegestandard selbstverletzendes Verhalten. *Fachzeitschrift für die Psychiatrische Pflege*, 10, 195-202.
- Schiel, S. (2005). *Prädiktion des Erfolges der Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Frauen mit Borderlinepersönlichkeitsstörung unter besonderer Berücksichtigung von Scham und Selbst-Stigmatisierung*. Gefunden am 23. Mai 2011 unter http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/2999/pdf/Doktorarbeit_Deckblatt_korrigiert_2007.pdf
- Schmahl, C. & Stiglmayr, C. (Hrsg.) (2009). *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schoppmann, S. (2003). *"Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten"* (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schoppmann, S. (2009). Autoaggression oder Fürsorge? *Heilberufe*, 60 (7), 16-18.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2010). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994*. Gefunden am 23. Juni 2010 unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf>

- Simon, N. M., Zalta, A. K., Otto, M. W., Ostacher, M. J., Fischmann, D., Chow, C. W., Thompson, E. H., Stevens, J. C., Demopulos, C. M., Nierenberg, A. A. & Pollack, M. H. (2007). The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (3-4), 255-264.
- van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder – 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Wildman, P., Lilienfeld, L. R. R. & Marcus, M. D. (2004). Axis I Comorbidity Onset and Parasuicide in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (2), 190-197.
- Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Nervenarzt*, 79, 1319-1336.

ANHANG

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Suchstrategie	Anhang A
Anhang B: Ein- und Ausschlusskriterien	Anhang B
Anhang C: Zusammenfassungen der Studien	Anhang C
Anhang D: Evidenzgrad der Studien nach Stetler et al. (1998)	Anhang D
Anhang E: Qualitätseinschätzung der Studien	Anhang E

Anhang A: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe	Erhaltene Studien	Ausgeschlossene Studien	Eingeschlossene Studien	Doppelfunde in anderen Datenbanken
PubMed	#1 borderline personality disorder [Mesh] #2 dialectical behavior therapy #3 self injurious behavior [Mesh] #4 deliberate self harm #5 self injury #6 (#3 OR #4 OR #5) #7 (#1 AND #2 AND #6)	48	42	6	keine Doppelfunde Studien zur Analyse: 6
Cochrane Library	#1 borderline personality disorder [Mesh] #2 dialectical behavior therapy #3 self injurious behavior [Mesh] #4 deliberate self harm #5 self injury #6 (#3 OR #4 OR #5) #7 (#1 AND #2 AND #6)	17	11	6	alle 6 eingeschlossenen Studien bereits im PubMed gefunden Studien zur Analyse: 6
Cinahl	#1 borderline personality disorder [Mesh] #2 dialectical behavior therapy #3 self injurious behavior [Mesh] #4 deliberate self harm #5 self injury #6 (#3 OR #4 OR #5) #7 (#1 AND #2 AND #6)	9	8	1	eingeschlossene Studie bereits in PubMed und Cochrane Library gefunden Studien zur Analyse: 6
PsycInfo	#1 borderline personality disorder [Mesh] #2 dialectical behavior therapy [Mesh] #3 self injurious behavior [Mesh] #4 deliberate self harm #5 self injury #6 (#3 OR #4 OR #5) #7 (#1 AND #2 AND #6)	18	15	3	1 von 3 eingeschlossenen Studien bereits in PubMed und Cochrane Library gefunden, verbleiben somit 2 Studien zur Analyse Studien zur Analyse: 6 + 2 = 8
Health Source	#1 borderline personality disorder #2 dialectical behavior therapy #3 self injurious behavior #4 deliberate self harm #5 self injury #6 (#3 OR #4 OR #5) #7 (#1 AND #2 AND #6)	1	0	1	eingeschlossene Studie auch in PubMed, Cochrane Library und PsycInfo gefunden Studien zur Analyse: 8
Total eingeschlossene Studien					6 Studien aus PubMed + 0 Studien aus Cochrane Library + 0 Studien aus Cinahl + 2 Studien aus PsycInfo + 0 Studien aus Health Source = 8 eingeschlossene Studien zur Analyse

Anhang B: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien

1	Titel oder Abstract weist auf Fragestellung hin
2	Outcome suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten
3	im Zeitraum von 2000 bis 2010 erschienen
4	in deutscher oder englischer Sprache
5	Interventionsstudie

	Titel der Studie	Autor	Datenbank	Jahr
1	Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands	Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & van den Brink, W.	PubMed Cochrane Library	2003
2	Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder	van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., van den Brink, W.	PubMed Cochrane Library	2005
3	Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder	Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N.	PubMed Cochrane Library	2006
4	A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder	McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L.	PubMed Cochrane Library Cinahl	2009
5	Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder	Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. & Bendit, N.	PubMed Health Source Cochrane Library PsycInfo	2010
6	Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial	Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M.	PubMed Cochrane Library	2004
7	Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center	Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R. & Simpson, T. L.	PsycInfo	2007
8	Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder	Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A. & Linehan M. M.	PsycInfo	2010

Ausschlusskriterien

1	Titel oder Abstract weist nicht auf Fragestellung hin
2	Outcome nicht suizidales und/oder selbstverletzendes Verhalten
3	nicht im Zeitraum von 2000 bis 2010 erschienen
4	nicht in deutscher oder englischer Sprache
5	keine Interventionsstudie
6	nicht vollständige DBT durchgeführt
7	Pilotstudien und Stichprobenzahl weniger als n=24
8	DBT für Adoleszente (DBT- A), bzw. Alter unter 18 Jahre

	Titel der Studie	Autor	Datenbank	Jahr	Ausschlusskriterien
1	Dialectical behavior therapy versus general psychiatric management in the treatment of borderline personality disorder	Case, B.G.	PubMed Cinahl	2010	5
2	Clinical challenges in the assessment and management of suicidal behaviour in patients with borderline personality disorder	Mehlum, L.	PubMed	2009	5
3	Evidence-based practice in group work with incarcerated youth	Quinn, A. & Shera, W.	PubMed	2009	5
4	Self-harm and personality disorders	Umes, O.	PubMed	2009	5, 4
5	Dialectical behaviour therapy for adolescents; a literature review	Backer, H.S., Miller, A.L. & van den Bosch, L.M.	PubMed PsychInfo	2009	5, 4, 8
6	Cognitive-behavioral therapies for personality disorders	Rafaeli, E.	PubMed	2009	5
7	The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features	Stepp, S.D., Epler, A.J., Jahng, S. & Trull, T.J.	PubMed Cochrane Library Cinahl	2008	1
8	Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts	Harned, M.S., Chapman, A.L., Dexter-Mazza, E.T., Murray, A., Comtois, K.A. & Linehan, M.M.	PubMed Cochrane Library	2008	1, 2
9	Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder	Kleindienst, N., Limberger, M.F., Schmahl, C., Steil, R., Ebner-Priemer, U.W. & Bohus M.	PubMed	2008	5, 1
10	Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study	Linehan, M.M., McDavid, J.D. Brown, M.Z., Sayrs, J.H. & Gallop, R.J.	PubMed Cochrane Library	2008	1, 2
11	Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder	Chen, E.Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J.R. & Linehan, M.M.	PubMed PsychInfo Cinahl	2008	7
12	Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder	Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P.W., Leihener, F., Jacob, G.A., Olschewski, M., Lieb, K. & Bohus, M.	PubMed	2008	5
13	Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury	Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J.D. & Dulit, R.	PubMed PsychInfo	2007	7

14	Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms	Perseus, K.I., Käver, A., Ekdahl, S., Asberg, M. & Samuelsson, M.	PubMed	2007	1
15	Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all	Wagner, A.W., Rizvi, S.L. & Harned, M.S.	PubMed	2007	5, 1
16	Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study	Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F.	Cochrane Library PubMed	2007	2
17	Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder	Lynch, T.R., Trost, W.T., Salsman, N. & Linehan, M.M.	PubMed	2007	5, 1
18	Cutting: unraveling the mystery behind the marks	Hart, B.G.	PubMed Cinahl	2007	5
19	Suicidal behaviour in borderline personality disorder	Mehlum, L. & Jensen, A.I.	PubMed	2006	5, 4
20	Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications	Aviram, R.B., Brodsky, B.S. & Stanley, B.	PubMed	2006	5
21	Dialectical Behaviour Therapy for adolescents (DBT-A)—a pilot study on the therapy of suicidal, parasuicidal, and self-injurious behaviour in female patients with a borderline disorder	Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., Sixt, B. & Schulz, E.	PubMed PsychInfo	2006	8
22	Borderline personality disorder	Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M.	PubMed	2004	5
23	Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions	Robins, C.J. & Chapman, A.L.	PubMed	2004	5
24	Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder	Hopko, D.R., Sanchez, L., Hopko, S.D., Dvir, S. & Lejuez, C.W.	PubMed	2003	5
25	Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions	Perseus, K.I., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M. & Samuelsson, M.	PubMed	2003	5
26	A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder—description and outcome	Palmer, R.L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L. & Parker, L.	PubMed	2003	7
27	Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents	Rathus, J.H. & Miller, A.L.	PubMed Cochrane Library	2002	8
28	Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder	Alper, G & Peterson, S.J.	PubMed	2001	5
29	Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study	Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R. & Linehan, M.	PubMed	2000	7
30	Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder	Koerner, K. & Linehan, M.M.	PubMed Cinahl	2000	5
31	Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence	Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A.	PubMed Cochrane Library	1999	3
32	Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder	Simpson, E.B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K. & Stevens, M.	PubMed	1998	3
33	Success and failure in the treatment of patients with borderline personality disorder	Paris, J.	PubMed	1997	3, 4, 5
34	Dialectical behavior therapy in the treatment of persons with borderline personality disorder	Hampton, M.C.	PubMed	1997	3, 5

35	M. Linehan dialectic behavioral psychotherapy. A new concept in the treatment of borderline personality disorders	Bohus, M. & Berger, M.	PubMed	1996	3, 5
36	Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients	Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L. & Armstrong, H.E.	PubMed Cochrane Library	1994	3
37	Creative coping: a cognitive-behavioral group for borderline personality disorder	Miller, C.R., Eisner, W. & Allport, C.	PubMed	1994	3, 5
38	Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations	Shearin, E.N., & Linehan, M.M.	PubMed Cochrane Library	1994	3
39	Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients	Linehan, M.M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E.	PubMed Cochrane Library	1993	3
40	The integration of the self-psychological and cognitive-behavioural models in the treatment of borderline personality disorder	Patrick, J.	PubMed	1993	3, 5
41	Cognitive-behavioral approaches to treating borderline and self-mutilating patients	Katz, S.E. & Levendusky, P.G.	PubMed	1990	3, 5
42	Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients	Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H.L.	PubMed	1991	3
43	Treating borderline personality disorder: dialectical behavior therapy (Brief record)	Sayrs, J.H. & Linehan, M.M.	Cochrane Library	2001	5
44	A 5-day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: predictors of outcome from a 3-month follow-up study	Yen, S., Johnson, J., Costello, E. & Simpson, E.B.	Cinahl	2009	1
45	Dialectical behavior therapy	Koons, C.R.	Cinahl	2008	5
46	Problem solving ability, parasuicidal behavior and borderline traits in women receiving skills-based therapy	Douglass, H.M.	Cinahl	2000	5
47	Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder	Neacsiu, A.D., Rizvi, S.L., & Linehan, M.M.	PsycInfo	2010	6
48	Effectiveness of a Dialectical Behavior Therapy skills group for the treatment of suicidal/self-injurious behavior and eating disorder symptoms in patients with borderline personality disorder	Federici, A.	PsycInfo	2010	6
49	Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation	Selby, E.A. & Joiner, T.E. Jr.	PsycInfo	2009	5
50	Theory and practice of dialectical behavioral therapy	Wheelis, J.	PsycInfo	2009	5
51	Dialectical behavioral therapy in patients with borderline personality disorder	Suarez, M.J.S.	PsycInfo	2008	4, 5
52	Stopping self-harm once and for all: Relapse prevention in dialectical behavior therapy	Brown, M.Z. & Chapman, A.L.	PsycInfo	2007	5
53	Mindfulness in Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Adolescents	Wagner, E.E., Rathus, J.H. & Miller, A.L.	PsycInfo	2006	5
54	Linehan's Theory of Suicidal Behavior: Theory, Research, and Dialectical Behavior Therapy	Brown, M.Z.	PsycInfo	2006	5
55	Dialectical Behavior Therapy	Stanley, B. & Brodsky, B.S.	PsycInfo	2005	5
56	Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder	Brodsky, B.S. & Stanley, B.	PsycInfo	2002	5
57	Treatment of persons who self-mutilate with dialectical behavior therapy	Bauserman, S.A.K.	PsycInfo	1998	3, 5

Anhang C: Zusammenfassungen der Studien

Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder – 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes & Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen , Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
DESIGN randomisiert kontrollierter Versuch ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - Überprüfen der Effektivität der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) verglichen mit gewöhnlicher Behandlung (treatment as usual) bezgl. Therapieabbrüchen und suizidalem, selbstverletzendem und selbstschädigend impulsivem Verhalten - herausfinden, ob Schwere von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bei Studienbeginn die Effizienz der DBT verändert SETTING Patientinnen (Pat.) aus Suchtkliniken & psychiatrischen Services, Ort: Amsterdam, Niederlande STICHPROBE - 92 Pat. aus Suchtbehandlungen, psych. Spitälern, Zentren für psych. Gesundheit, von selbständigen Psychologen/Psychiatern, von Hausärzten, selbst-Einweisung, davon 34 ausgeschlossen (nicht BPD, Ausschlusskriterien erfüllt, ausgestiegen, keine schriftliche Einwilligung des zuständigen Psychologen/Psychiaters, Randomisierung nicht akzeptiert, Verweigerung Therapiebeginn), also n=58 - 71% Suizidabsichten, 93% Selbstverletzung <u>Einschlusskriterien:</u> - Frauen mit Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPD) - von 18-70 Jahren - im Umkreis von 40km von Amsterdam <u>Ausschlusskriterien:</u> - bipolare oder chronisch psychotische Störung - nicht beherrschen der niederländischen Sprache - schwere kognitive Beeinträchtigungen RANDOMISIERUNG - Randomisierung der Pat. durch computergesteuerte minimalisierte Methode zur Vergleichbarkeit beider Gruppen in Alter, Alkoholproblemen, Drogenproblemen, sozialen Problemen - in DBT- Gruppe (n=27) und TAU- Gruppe (n=31) - Verblindung der Einschätzer ETHIK - Einwilligung der Pat. durch schriftliches Einverständnis	INTERVENTION <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe (IG): Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan (1993) <ul style="list-style-type: none"> Schulung, regelmäßige Überwachung und Supervisionstreffen der Therapeuten durch zweiten Autor, dieser durch Linehan geschult Kontrollgruppe (KG): gewöhnliche Behandlung (TAU) <ul style="list-style-type: none"> Therapie von ursprünglichem Behandlungsservice (Suchtbehandlungsservices: n=11, psych. Services: n=20) Pat. nicht mehr als 2 Sitzungen/Mt. mit Psychologen, Psychiater oder Sozialarbeiter beide Therapien über 1 Jahr OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - suizidales und selbstschädigend impulsives Verhalten mit Borderline Personality disorder Severity Index (BPDSI), dieser besteht aus 9 Teilen, einer für jedes DSM-IV BPD Kriterium (Parasuizid: mit 3 Items für suizidales Verhalten, Impulsivität: 11 Items für selbstschädigende Impulsivität wie Zocken, Fresssucht) - Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten (z.B. schneiden) mit Lifetime Parasuicide Count (LPC) - Medikation mit Treatment History Interview (THI) - Diagnose der DSM- IV Achse II Störungen (bei Studienbeginn) mit Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ), Structured Clinical Interview (SCID-II) - Alkohol- und Drogenmissbrauch (vor Randomisierung) durch European version of the Addiction Severity Index (EuropASI) DATENSAMMLUNG - Assessments bei Studienbeginn: 1-16Wochen (W) vor Randomisierung - Therapiebeginn: 4W nach Randomisierung - Durchführung der Assessments: 3 verblindete, erfahrene, geschulte Psychologen - LPC bei Studienbeginn, angepasste (3Mt.) Version 22 und 52W nach der Randomisierung - BPDSI bei Studienbeginn, dann 11, 22, 33, 44 und 52W nach der Randomisierung - THI in W22 und W52 DATENANALYSE - Chi- Quadrat - general linear mixed models (GLMM) - Shifted Log- Transformation - Intention- to- treat- Analyse, - Alpha=0.05 - Model mit Zeit, Therapie, Zeit x Therapie	- Pat. beendeten durchschnittlich 3.7 Assessments (keine signifikante Gruppenunterschiede, $p=0.14$), 81% beendeten Assessment in W52 - keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen bezgl. soziodemographischen Variablen, Anzahl Kriterien für BPD, Vorgeschichte von Suizidabsichten, Anzahl Selbstverletzungen, Häufigkeit Alkohol- und Drogenproblemen <u>suizidales, selbstverletzendes, selbstschädigend impulsives Verhalten</u> - suizidales Verhalten: über 1 Jahr kein signifikanter Effekt in beiden Gruppen ($p=0.866$), keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.639$) - Suizidversuche: in IG (7%) weniger als in KG (26%) während 1 Jahr, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($\chi^2=3.24$; $p=0.064$) - selbstverletzendes Verhalten: in IG über 1Jahr reduziert, jedoch nicht signifikant, ($p=0.055$), in KG verschlechtert, signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.003$) - Selbstverletzung: (mind. eine in letzten 6Mt.) in KG: 57% (Median=13) in IG 35% (Median=1.5), signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($\chi^2=4.02$, $p=0.045$) - meiste selbstverletzende Akte: schneiden, verbrennen, stechen, Kopf anschlagen - selbstschädigend impulsives Verhalten: in IG mehr Reduktionen als in KG, Reduktionen in IG aber nicht signifikant ($p=0.315$), signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p=0.010$) <u>Auswirkung suizidales und selbstverletzendes Verhalten auf DBT Effizienz:</u> - größerer Effektivität von DBT härter betroffener Pat. bei Studienbeginn <u>Therapieabbrüche:</u> - signifikant mehr Pat. mit DBT (63%) als mit Gewöhnlicher Behandlung (23%) Therapie mit selben Therapeuten fortgesetzt ($\chi^2=9.70$; $p=0.002$)	DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN - weniger Therapieausstiege mit DBT (37%) als mit Gewöhnlicher Behandlung(77%) - größere Reduktionen von selbstverletzendem und selbstschädigendem impulsivem Verhalten in IG als in KG - schwererer Parasuizid bei Baseline ergibt mehr Reduktionen von selbstverletzendem Verhalten, als weniger schwerer Parasuizid bei Baseline - erste Studie über DBT außerhalb USA, nicht durch Linehan durchgeführt - erlernen und anwenden der DBT auch außerhalb akademischen Forschungszentren möglich, DBT auch in anderen Ländern anwendbar - diese Resultate sehr ähnlich wie in anderen Studien - großes Sample erlaubt mehr statistische Tests als in frühere Studien - Verschlechterung mit Gewöhnlicher Behandlung: nicht-spezialisierte Behandlung schadet - im Kontrast zu Originalstudie (Linehan et al., 1991) Suchtpat. nicht ausgeschlossen: DBT trotz Drogenmissbrauch wirksam - DBT evtl. Behandlung der Wahl für Pat. mit schweren, lebensbedrohlichen impulsiven Kontrollverhalten eher als nur BPD alleine - keine Verzerrung durch Medikamente <u>Empfehlungen:</u> - weitere Studien zur Wirksamkeit der DBT für andere Kriterien der BPD <u>Einschränkungen der Studie:</u> - Unwahrscheinlich, dass Einschätzer nach 12Mt. immer noch blind - Vergleich mit Gewöhnlicher Therapie erlaubt keine Rückschlüsse auf Effizienz von DBT-verwandten Programmen - Ergebnisse evtl. beeinflusst durch größeren Enthusiasmus der DBT-Therapeuten EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) II.

van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1231-1241.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes & Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
<p>DESIGN randomisiert kontrollierter Versuch</p> <p>ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - langfristige Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPD) untersuchen - überprüfen, ob Resultate aus Studie von Verheul et al. (2003) (suizidales, selbstverletzendes, selbstschädigend impulsives Verhalten sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch) am Ende der Behandlung über ein 6Mt. Follow-up bestehen</p> <p>SETTING Suchtkliniken und psychiatrische Services, Ort: Amsterdam, Niederlande</p> <p>STICHPROBE - 92 Patientinnen (Pat.), davon 34 ausgeschlossen (nicht BPD, Ausschlusskriterien erfüllt, ausgestiegen, keine schriftliche Einwilligung des zuständigen Psychologen/Psychiaters, Randomisierung nicht akzeptiert, Verweigerung Therapiebeginn) - n= 58, 31 Pat. mit und 27 ohne Drogenprobleme - 71% Suizidabsichten, 93% Selbstverletzung</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> - weiblich im Alter von 18-65 Jahren - DSM-IV Diagnose BPD mit mind. 6 erfüllten diagnostischen Kriterien der BPD</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> - bipolare, chronisch psychotische Störung - nicht beherrschen der niederländischen Sprache - schwere kognitive Beeinträchtigungen</p> <p>RANDOMISIERUNG - durch computergesteuerte minimalisierte Randomisierungsmethode zur Vergleichbarkeit beider Gruppen in Alter, Schwere von BPD Symptomatik, Schwere von Drogen-, Alkohol- und sozialen Problemen - in DBT- Gruppe (n=27) oder Gruppe mit gewöhnlicher Behandlung (n=31) - keine Verblindung</p> <p>ETHIK - schriftliches Einverständnis des Pat. - Einverständnis der zuständigen Therapeuten</p>	<p>INTERVENTION • Interventionsgruppe (IG): Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan - Therapeuten geschult in DBT und Gewöhnlicher Behandlung • Kontrollgruppe (KG): gewöhnliche Behandlung - fortlaufende ambulante Therapie - Therapeuten nicht geschult in DBT, nur in gewöhnlicher Behandlung - beide Therapien über 1 Jahr</p> <p>OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - suizidales, selbstverletzendes, selbstschädigend impulsives Verhalten und Drogenmissbrauch (sotte und harte Drogen) mit a) BPD Severity Index (BPDSI) - semistrukturiertes Interview, bewertet Frequenz von Borderline Symptomen in letzten 3Mt. - besteht aus 9 Abschnitten, einer für jedes DSM-IV Kriterium der BPD -11 Items für Impulsivität inkl. Drogenmissbrauch, 3 Items für Parasuizid inkl. suizidales Verhalten b) Lifetime Parasuicide Count (LPC) - Informationen über Frequenz von Selbstverletzung auf Lebenszeit, oder über letzte 3Mt. - Diagnose von DSM-IV Achse I und II Störungen (bei Studienbeginn) durch Structured Clinical Interview (SCID-I und -II, 1990) - Alkohol- und Drogenmissbrauch (vor Randomisierung) mit European version of the Addiction Severity Index (EuropASI)</p> <p>DATENSAMMLUNG - Therapiebeginn: 4 Wochen (W) nach Randomisierung - Therapie lief über 1 Jahr, siehe Verheul et al. (2003) - 6 Monate (Mt.) nach Therapieabschluss werden nun Resultate bezüglich suizidalem, selbstverletzendem, selbstschädigend impulsivem Verhalten sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch erneut verglichen, durch ein zusätzliches Assessment in W78 - BPDSI bei Studienbeginn, dann 11, 22, 33, 44, 52 und 78W nach der Randomisierung - LPC bei Studienbeginn, angepasste (3Mt.) Version 22, 52 und 78W nach der Randomisierung</p> <p>DATENANALYSE - verschiedene statistische Tests - Intention- to- treat- Analyse</p>	<p>- 71% der Pat. W78 abgeschlossen - keine signifikante demographische oder klinische Differenzen zwischen den Gruppen (siehe Verheul et al., 2003)</p> <p><u>suizidales, selbstverletzendes, selbstschädigend impulsives Verhalten:</u> - suizidales Verhalten: kein anfänglicher und anhaltender Effekt (über 6Mt.) beobachtet - Suizidversuche: über 1 Jahr weniger in IG (7%) als in KG (26%), Differenz zwischen den Gruppen nicht signifikant ($\chi^2=3.24$, $p=0.064$), nach Therapieabschluss über 6Mt. 1 Suizidversuch in IG(4%), 6 in KG(19%), Differenz zwischen den Gruppen nicht signifikant ($p=0.08$) - selbstverletzendes und selbstschädigend impulsives Verhalten: Ergebnisse bleiben nach Therapieabschluss über 6 Monate bestehen ($p<0.05$, siehe Verheul et al. 2003), jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen mehr ($p>0.05$) - 6Mt. nach Therapieabschluss in IG kein Rückfall in Levels von früherem Problemverhalten beobachtet</p> <p><u>Alkohol- und Drogenmissbrauch:</u> - Alkoholkonsum: nach 1 Jahr DBT signifikanter besserer Effekt gegenüber gewöhnlicher Behandlung ($p<0.05$), Ergebnisse bleiben nach Therapieabschluss über 6 Monate bestehen, jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen mehr ($p>0.05$) - Drogenmissbrauch: kein anfänglicher und anhaltender (über 6Mt.) Effekt beobachtet</p>	<p>DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN - Ergebnisse bekräftigen die Erwartungen - 6Mt. nach Beendigung der Therapie, Vorteile DBT über gewöhnliche Behandlung bezgl. tiefere Ebenen von impulsivem und selbstverletzendem Verhalten bestehen - möglich, dass Überlegenheit DBT über längere Zeit kleiner wird - Effekte in Follow- up bestanden, aber nicht weiter verbessert, da keine DBT angeboten, längeres Follow- up ohne DBT könnte Effekte auslöschen - Erhalt und Vertiefung von verbessertem Problemverhalten erfordert längere Behandlung, dies auch in anderen Studien erwähnt - Überlegenheit der DBT auch zwei früheren Studien bestätigt - mögliche Schwächen im Zusammenhang mit Gewöhnlicher Behandlung nicht vorhanden - DBT nicht einzige effektive Behandlung bei BPD, laut Bateman & Fonagy, 1999 auch die 18Mt. Mentalization Based Therapy gleich effektiv wie DBT, evtl. auch effektiver, Resultate vergleichbar mit dieser Studie - Programm von Bateman & Fonagy intensiver, länger, kontinuierliche Verbesserungen, DBT evtl. einfacher zu verbreiten</p> <p><u>Einschränkungen der Studie:</u> - nur kleiner Teil als schwere BPD-Pat. charakterisiert - diese Studie nicht Follow-up Studie im wahrsten Sinn, da Gruppen weiterhin gewisse Therapie erhielten - Gewähltes statistisches Verfahren erlaubt keine Aussage über BPD Symptomschwere</p> <p>EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) II.</p>

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes & Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
DESIGN randomisiert kontrollierter Versuch ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - Vergleich von Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) mit Community Treatment by Experts (CTBE) - Hypothese: DBT signifikant bessere Ergebnisse als CTBE bezüglich Reduktion von Suizidversuchen und nicht- suizidaler Selbstverletzung, Therapieabbrüchen und Inanspruchnahmen von Krisendienstleistungen SETTING ambulante Universitätsklinik und Gemeinschaftspraxis, Ort: Washington STICHPROBE - 186 mögliche Patientinnen (Pat.), davon 85 ausgeschlossen (Einschlusskriterien nicht erfüllt, Teilnahme verweigert), also n=101 <u>Einschlusskriterien:</u> - Frauen zwischen 18 und 45 Jahren - Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung - aktuell oder früher suizidales Verhalten (mind. 2 Suizidversuche oder Selbstverletzungen in letzten 5 Jahren, mind. 1 davon in letzten 8W) <u>Ausschlusskriterien:</u> - Schizophrenie, schizo- affektive, bipolare oder psychotische Störungen, geistige Behinderung - medikamentenpflichtige Krampfanfälle - primär zu behandelnder hinderlicher Zustand RANDOMISIERUNG - durch computergesteuertes, minimiert angepasstes Randomisierungs- Verfahren, nach 1.) Anzahl Suizidversuchen oder nicht- suizidalen Selbstverletzungen kombiniert mit Hospitalisierung, 2.) Vorgeschichte von nur einer suizidalen oder nicht- suizidalen Selbstverletzung, 3.) Alter, 4.) negative Indikation für Depression oder komorbide Störungen - in DBT- Gruppe (n=52) und CTBE- Gruppe (n=49) - Verblindung der Einschätzer ETHIK - informierte Zustimmung - Protokolle genehmigt durch Ethikkommission der University of Washington	INTERVENTION <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe (IG): Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) von Linahan (1993) -16 DBT-Therapeuten, geschult mit 45h DBT-Seminar und anschließend beaufsichtigter Praxis Kontrollgruppe (KG): Community Treatment by Experts (CTBE) - speziell für diese Studie entwickelte allgemeine, nicht- behaviorale Therapie durch Experten in Behandlung schwieriger Patienten - 25 CTBE- Therapeuten „vielseitige, aber nicht- behaviorale“ oder „hauptsächlich psychodynamische“ Therapeuten - beide Therapien über 1 Jahr OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - Suizidversuche und nicht- suizidale Selbstverletzung mit Suicide Attempt Self- Injury Interview (SASII) - Suizidgedanken durch Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) - um Gründe um am Leben zu bleiben mit Reasons for Living Inventory (RFL) - Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen mit Treatment History Interview (THI) - Diagnose von DSM-IV Achse I und II Störungen (bei Studienbeginn) mit Structured Clinical Interview (SCID I und-II) und International Personality Disorder Examination (IPDE) - Ausschluss komorbider Störungen, geistiger Behinderung und Depression mit Global Assessment of Functioning (GAF), Peabody Picture Vocabulary Test- Revised (PPVT-R), Beck Depression Inventory (BDI) und Hamilton Rating Scale for Depression -17 Items (HRSD) DATENSAMMLUNG - Durchführung Randomisierung und Sammlung der Daten durch nicht verblindeten Koordinator der Teilnehmer - Assessments durch verblindete, geschulte, unabhängige klinische Einschätzer vor Randomisierungen, dann 4Mt. Intervalle während 1 Behandlung und Follow-up 1 Jahr nach Ende der Therapie DATENANALYSE - 0.8 Power für signifikante Differenzen zwischen den Gruppen (p=0.05), n=101 war erforderlich - standardisierte Effektstärke: 0.47 - Konfidenzintervall: 95% - Intention- to- treat- Analyse - verschiedene statistische Tests	- keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen in demographischen Charakteren, Diagnosen, Anzahl Suizidversuche oder nicht- suizidaler Selbstverletzung in der Vorbehandlung <u>Suizidversuche und nicht- suizidale Selbstverletzung:</u> - Suizid: keiner in beiden Gruppen in 2J. - Suizidversuche: in den 2 Jahren in IG signifikant weniger als im Jahr vor der Therapie (p=0.04) - in IG halb viele Suizidversuche wie in KG (23.1% vs 46%, $\chi^2=5.98$, p=0.01) - Median (M) von Suizidversuchen während 2 Jahren in beiden Gruppen 0 (Interquartile Reichweite in IG: 0-0, in KG: 0-1) - Suizidgedanken und Lebensmotivation: in 2 Jahren signifikante Reduktion in beiden Gruppen (p<0.001) - nicht-suizidale Selbstverletzungen: in beiden Gruppen signifikant reduziert ($\chi^2=120.6$, p<0.001), keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen (p=0.15) - Häufigkeit nicht- suizidaler Selbstverletzungen in 2 Jahren für IG: M=3.0 (Interquartile Reichweite, 1.0-7.8), für KG: M=3.0 (Interquartile Reichweite, 0.0-8.0) - medizinisches Risiko aufgrund Suizidabsichten oder Selbstverletzungen: während Behandlungsjahr in IG signifikant tiefer als in KG (p=0.04) <u>Therapieabbrüche, Inanspruchnahme Krisendienstleistungen:</u> - 10 Pat. (19.2%) in IG und 21 Pat. (42.9%) in KG Therapie abgebrochen (p=0.005) - 25.0% in IG, 59.2% in KG ersten Therapeuten im Therapiejahr gewechselt - Krisenservices während 2 Jahren in IG signifikant weniger als in KG - Hospitalisierung: p=0.007, psychiatrische Notfallbesuche: p=0.04) <u>Medikation:</u> - während Behandlungsjahr in IG signifikant mehr reduziert als in KG (p<0.01), in Follow-up keine Differenz zwischen den Gruppen	DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN - durch DBT doppelt so viele Suizidversuche verhindert als durch CTBE - DBT doppelt so wirksam in Verhindern von therapiestörendem Verhalten - DBT effektiver als CTBE in Reduktion von Notfallbesuchen und ambulante psych. Pflege wegen Suizidabsichten - DBT scheint einmalig effektiv in Reduktion von Suizidabsichten zu sein - DBT einzige Standard- Therapie, CTBE nicht standardisiert - Ähnliche Resultate wie in früheren Studien bzgl. tiefere Mortalitätsrate, keine Suizidversuche während der Therapie und fehlende Differenz zwischen den Gruppen in Depressionen, Gründen zum Leben, Suizidgedanken - Reduktion nicht- suizidaler Selbstverletzungen ohne signifikante Differenz zwischen den Gruppen in Kontrast zu früheren Studien → DBT evtl. unterpowered um Effektstärke 0.47 in DBT vs. CTBE zu erkennen oder Selbstverletzung in KG unvollkommener erfasst als in IG <u>Empfehlungen:</u> - stationäre Hospitalisierung als effektive Behandlung bei Suizidabsicht in weiteren Studien klären - weitere RCT's zu Therapieerhalt & CTBE <u>Einschränkungen der Studie:</u> - Medikamentengebrauch durch Behandlungsphilosophie der Therapeuten, sowie durch symptomatischen Bedarf beeinflusst - trotz Bemühungen, in KG mehr Therapieabbrüche als in IG & erklärt nicht Differenzen in Outcomes - Resultate evtl. beeinträchtigt durch Heterogenität der CTBE verglichen mit höherer Homogenität der DBT EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) II.

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes & Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
DESIGN randomisiert kontrollierter Versuch ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - Vergleich Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) mit General Psychiatric Management (GPM) - Hypothese: größere Reduktionen in Häufigkeit und Härte von suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung bei Patienten (Pat.), die DBT erhalten - sekundäre Outcomes sind: Borderline- Kriterien/ psychische Symptome/ Depression/ Wut/ Distress/zwischenmenschliche Funktionen/ Lebensqualität/ Therapieabbrüche/ Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen SETTING - DBT: Centre for Addiction and Mental Health - GPM: St. Michael's Hospital, Ort: Toronto, Kanada STICHPROBE - 271 eingeschriebene Pat. von Juli 2003 bis April 2006 (davon 91 durch Ausschlusskriterien ausgeschlossen, also n=180, 86.1% waren weiblich) <u>Einschlusskriterien:</u> - Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) nach DSM-IV - Alter zwischen 18 und 60 Jahren - zwei Episoden von suizidaler oder nichtsuizidaler Selbstverletzung in letzten 5 Jahren, einer davon in 3Mt. vor Einschreibung <u>Ausschlusskriterien:</u> - psychotische, bipolare Störung, Delirium, Demenz, geistige Behinderung - Substanzabhängigkeit in letzten 30 Tagen - Zustand, der psychiatrische Medikation ausschließt - Leben außerhalb 40Meilen von Toronto - Zustand, der Hospitalisierung im nächsten Jahr erfordert (wie Krebs) - Gebiet in den nächsten 2 Jahren verlassen RANDOMISIERUNG - Blockrandomisierung zu DBT (n=90) oder zu GPM (n=90) durch 45 versiegelte Umschläge mit den Randomisierungen für 4 Pat. - Einfachverblindung (Einschätzer blind) ETHIK - Genehmigung des Protokolls durch Ethikkommission der jeweiligen Institution - Informierte schriftliche Zustimmung der Patienten	INTERVENTION • Interventionsgruppe (IG): Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan (1993) - durchgeführt durch 13 geschulte DBT-Therapeuten mit Minimum von 2 Jahren Therapieerfahrung, Supervision durch 2 von Linehan geschulte Senior Therapeuten, 11 restliche Therapeuten: DBT- Workshops • Kontrollgruppe (KG): General Psychiatric Management (GPM) - basierend auf Empfehlungen der American Psychiatric Association (2001) zur Behandlung von Borderline- Pat. - kohärente, hochstandardisierte ambulante Therapie mit Case Management, dynamisch geprägter Psychotherapie und Symptom bezogenem Medikationsmanagement - durchgeführt durch 12 geschulte Therapeuten - beide Behandlungen über 1 Jahr durchgeführt OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - suizidale und nicht- suizidale Selbstverletzung mit Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) - sekundäre Outcomes mit Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Beck Depression Inventory (BDI), Inventory of Interpersonal Problems, 64-Item Version (IIP-64), EQ-5D Thermometer, Treatment Questionnaire, Treatment History Interview (THI) - DSM- IV Achse I und II Diagnose (bei Studienbeginn) durch Structured Clinical Interview-Patient Edition (SCID-P) und International Personality Disorder Examination (IPDE) - Ausschluss geringer Intelligenz mit Peabody Picture Vocabulary Test- Revised (PPVT-R) DATENSAMMLUNG - durch verblindete, geschulte Einschätzer: Randomisierung der Pat. nach Assessment bei Studienbeginn, anschließend Assessments alle 4Mt. - Pat. \$10/h für Assessment - 2- jährige Follow-up Phase ist im Gange DATENANALYSE - Power von 80%, Annahme einer 30% Ausstiegsrate, Alpha-Level: 0.05 → n=180 war erforderlich - Intraklassen- Korrelationskoeffizient von 0.83 bis 0.92 - Intention-to-Treat-Analyse, Per-Protocol-Analyse - verschiedene statistische Tests	- 111 Pat. (62%) beendeten 1- jährige Therapie (Ausstiegsgründe: Sitzungen nicht hilfreich, Termin- oder Transportprobleme, Verbesserungen der Outcomes) - durchschnittlich 2.52(SD=0.89) Assessments beendet, keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen - keine Differenzen zwischen den Gruppen in demographischen und diagnostischen Variablen oder suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung <u>suizidale, nicht- suizidale Selbstverletzung:</u> - Suizid: keiner in beiden Gruppen - suizidale (p=0.01) und nicht- suizidale Selbstverletzung (p=0.03): signifikante Abnahme in beiden Gruppen, keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen (p=0.76) - medizinisches Risiko aufgrund suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung: signifikante Abnahme mit der Zeit in beiden Gruppen (df=450, p<0.001), keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen (p=0.64) - Notfallbesuche aufgrund suizidaler und nicht- suizidaler Selbstverletzung: signifikante Abnahme in beiden Gruppen (p<0.0001), keine signifikanten Differenz zwischen den Gruppen <u>sekundäre Outcomes:</u> - signifikante Abnahme über 1 Jahr von Borderline Symptomen (p<0.001), Depression (p<0.001), Wut (p=0.004), Distress (p=0.001) und zwischenmenschliche Funktionen (p<0.001), aber keine signifikanten Gruppendifferenzen - Verbesserung der Lebensqualität, Veränderung aber nicht statistisch signifikant (p=0.13), keine Differenz zwischen den Gruppen <u>Medikamentenverbrauch:</u> - Mittelwert psychotropische Medikamente bei Studienbeginn: 3.08(SD=1.64), nach Behandlung DBT: 1.84(SD=1.44), GPM: 2.09(SD=1.65), keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen	DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN - beide Therapien gleich effektiv in Verbesserung der Outcomes - spezifische Formen von Psychotherapie also ebenso wirksam wie spezialisiertes psychiatrisches Management bei BPD - Myths aufgelöst, BPD sei nicht therapierbar, diese Population profitiert von spezifisch spezialisierten Interventionen - erfolgreiche DBT- Durchführung, da Therapeuten in öffentlich finanzierten Gesundheitseinrichtung arbeiteten - Therapeuten zentrale Rolle bei Therapie der BPD, Schulung wichtig - Fehlende Differenz zwischen den Gruppen evtl. wegen Überlegenheit der GPM in früheren Studien → GPM in weiteren Studien untersuchen - Überlappen der Therapien, GPM ist aber keine Version der DBT - Therapieabbruchsrate vergleichbar mit anderen Studien <u>Einschränkungen der Studie:</u> - obwohl GPM von APA empfohlen, zuvor noch nicht getestet worden - Primäres Outcome durch Selbst-Bericht, deshalb Gefahr von Antwortverzerrungen - Sample überwiegend Frauen, deshalb keine statistische Power zur Analyse Geschlechtsunterschiede in Therapieeffekten <u>Empfehlungen:</u> - diese Studie erste empirische Evaluation über GPM, deshalb weitere Studien zur Verallgemeinerung der Resultate nötig - weitere Studien zur Bestimmung des Prozesses, wie Behandlungen ihre Wirkung erzielen EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) II.

Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162-173.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes & Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
DESIGN randomisiert kontrollierter Versuch ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - Vergleich Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) mit Kontrollbehandlung gewöhnliche Therapie plus Warteliste für DBT (gewöhnliche Therapie+WL) - primäre Outcomes: absichtliche Selbstverletzung (DSH), Hospitalisierung aufgrund absichtlicher Selbstverletzung, Länge des Aufenthalts der Hospitalisierung - sekundäre Outcomes: Arbeitsunfähigkeit (Verbrachte Tage im Bett), Lebensqualität SETTING Zentrum für Psychotherapie (Ambulatorium des Hunter New England Mental Health Service), Ort: Newcastle, Australia STICHPROBE - Rekrutierung von Februar 2000 bis Juli 2003 - 112 Patientinnen (Pat.) von behandelnden Hausärzten, Psychiatern, aus öffentlicher psychiatrischer Versorgung, davon 39 ausgeschlossen (nicht adressierbar, keine DSM- IV Kriterien, Baseline Assessment nicht beendet, gestorben, zu spät eingewilligt), also n=73 <u>Einschlusskriterien:</u> - weiblich, im Alter von 18- 65 Jahren - Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPD) - Vorgeschichte von multiplen Selbstverletzungen Selbstverletzung (3 selbst berichtete im letzten Jahr) <u>Ausschlusskriterien:</u> - behindernder organischer Zustand - Schizophrenie, bipolare affektive Störungen, psychotische Depression - antisoziales Verhalten - Entwicklungsstörungen RANDOMISIERUNG - Randomisierung mittels Ziehung undurchsichtiger Umschläge in DBT (n=38) oder TAU+WL (n=35) - Randomisierung ausgeführt durch verblindetes Forschungspersonal nach Baseline Assessment - Verblindung der Einschätzer, Teilnehmer nicht blind ETHIK - schriftliche Zustimmung der Pat.	INTERVENTION <ul style="list-style-type: none"> Interventionsgruppe (IG): Hunter DBT Project: Anpassung der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) von Linehan - Hauptunterschied zu DBT von Linehan (1991): Telefonkonsultation anders aufgebaut - Teilnehmerinnen den verfügbaren individuellen Therapeuten zugeteilt, anschließend wöchentlich Module (Interpersonelle Effektivness, Emotionsregulation, Distress Toleranz) und Gruppen Skills Training - DBT - Therapeuten geschult durch selbständiges Erarbeiten des DBT- Skills Handbuchs (Linehan, 1991) und weiteren Materialien, einleitendes DBT Programm und Sitzungen Kontrollgruppe (KG): gewöhnliche Behandlung+WL - während Pat. 6Mt. auf Warteliste für DBT: Erhalt von alternativer, fortlaufend ambulanter Therapie, in teilweiser Begleitung von Psychotherapie (Linehan et al., 1999) - beide Therapien über 6Mt. OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - absichtliche Selbstverletzung, Hospitalisation aufgrund absichtlicher Selbstverletzung mit Parasuicide History Interview- 3 month period (PHI-2) - sekundäre Outcomes mit Brief Disability Questionnaire (BDQ, mit zwei zusätzliche Fragen) und WHO Quality of Life- BREF version (WHOQOL- BREF) - Vorgeschichte von Selbstverletzung, Demographie, Angst, Depression, bipolare Störungen, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, Drogenmissbrauch und -abhängigkeit (bei Studienbeginn) mit computerisiertem Interview aus dem Australian National Survey of Mental Health Services, mit Composite International Diagnostic Interview (CIDI), International Personality Disorder Examination Questionnaire (IPDEQ) und Lifetime Parasuicide Count- 2 (LPC -2) DATENSAMMLUNG - Assessments durch BDQ, PHI-2 und WHOQOL- BREF zu drei festgelegten Zeitpunkten: Assessment bei Studienbeginn (t ₀), dann 3Mt. (t ₃) und 6Mt. (t ₆) nach Randomisierung - Assessments durch verblindete Einschätzer DATENANALYSE - verschiedene statistische Tests - Intention-to-treat-Analyse, Per-Protocol-Analyse - Power auf Basis von Linehan, Amstrong, Suarez, Allmon & Heard (1991) mit 33% absolute Risikoreduktion, 56% relative Risikoreduktion → n=44 erforderlich - Konfidenzintervall: 95%, alpha: 0.05	- Keine signifikanten demographische oder klinische Unterschiede zwischen den Gruppen bei Studienbeginn <u>absichtliche Selbstverletzung, Hospitalisation aufgrund absichtlicher Selbstverletzung:</u> - Suizid: 1 während 6Mt. in Kontrollgruppe - absichtliche Selbstverletzung: über alle drei Zeitperioden (t ₀ - t ₃ , t ₃ - t ₆ , t ₀ - t ₆) in beiden Gruppen reduziert, Reduktion aber nicht signifikant und keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen - Hospitalisierung aufgrund absichtlicher Selbstverletzung: über 6Mt. in beiden Gruppen reduziert, Reduktion jedoch nicht signifikant und keine signifikanten Differenz zwischen den Gruppen in Mittelwerten (m): in IG: 0.50(SD=1.54), in KG: m=1.40(SD=4.47) - Aufenthaltsdauer der Hospitalisierung (wegen DSH): in IG Tendenz zu kürzeren Aufenthalten, jedoch keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen in den Mittelwerten - Durchschnittliche Länge der Aufenthalte während 6Mt. aufgrund DSH: IG: 0.53(SD=1.38) Tage, KG: 1.25(SD=3.54) Tage aus anderem Grund: IG: 5.10(SD=20.62) Tage, KG: 9.48(SD=33.63) Tage <u>Sekundäre Outcomes:</u> - Arbeitsunfähigkeit: verbrachte Tagen im Bett in IG signifikanter Effekt (p<0.05) - Lebensqualität: über 6Mt. in IG signifikant in drei von vier Domänen (physiologisch, psychologisch und umweltbedingt, außer in sozialer Domäne)	DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN <u>Primäre Outcomes:</u> - wichtige Ergebnisse verglichen mit Gewöhnlicher Behandlung+WL (wie signifikante Reduktion in DSH und Hospitalisierungen) aus anderen Studien nicht wiederholt, DBT war hier nicht effektiv - mögliche Gründe dafür: Hospitalisierungen in KG tiefer als erwartet, Hawthorne-Effekt, ungeeignete Kontrollgruppe (WL), positive Effekte der Gewöhnlichen Behandlung in der Hunter Region, Änderungen der Standard- DBT, Minderwertige Schulung der Therapeuten oder geringere Adherence zu DBT-Methoden, methodologische Unterschiede (Krankenhausbehandelte DSH gemessen an Krankenakten, andere Population etc.), Dauer der Studie (6Mt.) evt. zu kurz - 6Mt. Rate der Krankenhausbehandelten DSH in DBT ähnlich wie in anderer Studie - selbst-berichtete DSH in DBT viel höher als Parasuizidaten in anderer Studie <u>Sekundäre Outcomes:</u> - bisher wenig evaluiert, darum Vergleich mit anderen Studien schwierig <u>Stärken und Einschränkungen der Studie:</u> - Antwort- Bias durch Selbst- Bericht bei primären Outcomes eliminiert durch Untersuchung der Krankenakten der Pat. - linear mixed- effect models zur Stabilisierung interner Validität der sekundären Outcomes (weil diese durch Selbst- Berichte gemessen) - nicht ausreichende Daten, um Gleichgewicht zwischen Therapiestunden zu überprüfen, Verbesserungen in sekundären Outcomes deshalb evt. aufgrund unterschiedlicher Therapiestunden - einige Studien andere Definitionen für DSH, darum direkter Vergleich schwierig - externe Validität der Studie nicht bekannt EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) II.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmah, C., Unkel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes und Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen , Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
<p>DESIGN Prä- Post- Test</p> <p>ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - Vergleichen eines dreimonatigen stationären Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT)- Programms mit einer Warteliste (WL) bezgl. selbstverletzendem Verhalten, Veränderungen allgemeiner Psychopathologie (psychische Symptome, Dissoziation, Angst, Depression, Wut, zwischenmenschliche Funktionen, soziale Funktionen) und Therapieerfolg</p> <p>SETTING Borderline Forschungsstelle der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Freiburg, Ort: Deutschland</p> <p>STICHPROBE - 80 Patienten (Pat.) von Oktober 1996- Oktober 2000 auf der Abteilung Einschlusskriterien erfüllt, davon 20 Pat. Teilnahme verweigert - n= 60 (DBT=40, WL=20)</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> - weiblich - erfüllen der DSM-IV Kriterien für Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPD) - ein Suizidversuch oder mind. 2 nicht-suizidale Selbstverletzungen in den letzten 2Jahren</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> - Vorgeschichte von Schizophrenie oder bipolaren Störungen - aktueller Drogenmissbrauch - geistige Behinderung - Wohnort weiter als 250Meilen von der Station</p> <p>RANDOMISIERUNG - Keine Randomisierung (Pat. zuerst auf WL, dann fortlaufend Eintritt in DBT) - keine Verblindung</p> <p>ETHIK - schriftliche Zustimmung der Pat.</p>	<p>INTERVENTION • Interventionsgruppe (IG): stationäre DBT von Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan (2001) - Therapie über 3 Monate (Mt.) - individuelle Therapie (2h/Woche), Gruppen Skills- Training (2h/Woche) und Therapeuten Teamsitzungen (2h/Woche) wie Standard- DBT von Linehan - zusätzlich: Gruppen- Psychoedukation (1h/Woche), gleichaltrige Gruppentreffen (2h/Woche), Achtsamkeitsgruppe (1h/Woche), individuelle körperorientierte Therapie (1.5h/Woche) - Therapeuten geschult und Supervision durch ersten Autor (Bohus), Personal Pat. in Krise zur Skillsanwendung anregen</p> <p>• Kontrollgruppe (KG): Behandlung von Pat. auf WL - alternative, psychiatrische Versorgung der Pat. während 4Mt. Wartezeit auf Behandlung (z.B. Hospitalisierung in nicht-DBT psychiatrischer Abteilung oder ambulante Pflege)</p> <p>OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - selbstverletzendes Verhalten mit Lifetime Parasuicide Count (LPC, angepasst für kürzeren Zeitraum) - allgemeine Psychopathologie mit Symptom-Checklist (SCL- 90-R), Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Dissociations Experiences Scale (DES), Hamilton Anxiety Scale (HAMA) und State-Trait-Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI) und Hamilton Depression Scale (HAMD), State-Trait-Anger Expression Inventory (STAXI) - Therapieerfolg mit Jacobson's (1999) Kriterium b für signifikante Differenzen (SD=1.96, p<0.05) - Diagnose von DSM- IV Achse I und II Störungen (bei Studienbeginn) mit Structured Clinical Interview (SCID- I und SCID-II) und Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder – Revised Version (DIB-R)</p> <p>DATENSAMMLUNG - Assessments durch geschulte, erfahrene Einschätzer - Prä-Test in DBT-Gruppe: bei stationärer Aufnahme / in WL- Gruppe: bei anfänglichem Assessment (wenn Pat. geeignet für Studie→ WL für eine DBT) - Post-Test in DBT-Gruppe: 1Mt. nach Entlassung (nach 3Mt. stationärer Therapie) / in WL-Gruppe: 4Mt. nach anfänglichem Assessment</p> <p>DATENANALYSE - geschätzte Power für Design: p=0.80, Effektstärke=0.5 - Intention- to- treat- Analyse - verschiedene statistische Tests</p>	<p>- 9 Pat. (22.0%) in IG vor Therapieabschluss ausgestiegen, 1 Pat. in KG nicht adressierbar für post- Test (also DBT=31Pat. und WL=19Pat.) - keine Differenz zwischen den Gruppen in Alter, Anzahl psychiatrischen Hospitalisierungen, Anzahl lebenslange Suizidversuchen, komorbiden Störungen der DSM- IV Achse I - kein signifikanter Einfluss von Anzahl DSM- IV Kriterien oder Veränderte Medikation auf die Outcomes beider Gruppen</p> <p><u>selbstverletzendes Verhalten:</u> - 68% selbstverletzendes Verhalten im Mt. vor Studienbeginn in beiden Gruppen - in IG signifikant reduziert (p=0.001), signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($\chi^2=3.11$, p=0.039) - in IG: 62% SVV unterlassen, in KG: 31%</p> <p><u>allgemeine Psychopathologie:</u> - in IG signifikante Verbesserungen in Dissoziation, Angst, Depression, zwischenmenschliche Funktionen, soziale Funktionen, aber nicht signifikant in Wut - in KG keine signifikanten Veränderungen der Outcomes nach 4Mt.</p> <p><u>Therapieerfolg in DBT</u> - 13 Pat. (41.9%) auf DBT angesprochen (Reduktion von M=1.77, SD=0.37 auf M=0.45, SD=0.23, Effektstärke=3.03) - Pat. in KG keine klinischen Veränderungen</p> <p><u>Medikation:</u> - 74% der DBT-Pat. und 79% der WL-Pat. psychotropische Medikation eingenommen - 45% in IG und 53% in KG Medikation während 4Mt. verändert, Differenz zwischen den Gruppen nicht signifikant</p>	<p>DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN - c.a. 50% weiblicher Pat. mit BPD zeigten durch stationäre 3Mt.- DBT relevante Verbesserungen - stationäres DBT- Programm strikt organisiert, passt evt. nicht auf alle Borderline-Pat. (teilnehmende Pat. waren ohne aktuellen Substanzmissbrauch) - wie auch in anderen Studien erwähnt, einseitige Implementierung DBT evt. nicht effektiv und DBT-Schulung für Therapeuten sehr wichtig zur Verbesserung der Outcomes - Studie ähnlich mit Bateman & Fonagy (2001, partielle Hospitalisierung vs. stationäre DBT), in partieller Hospitalisierung keine signifikanten Verbesserungen in Outcomes nach 6Mt., stationäre DBT signifikante nach 3Mt.</p> <p><u>Einschränkungen der Studie:</u> - Beeinträchtigung der externen Validität durch Behandlungskontinuität, Therapeuten- und Patientenmotivation, Neigungen zur Selbst-Selektion - nicht klar ob Effekte spezifisch für stationäre DBT und ob stationäre DBT der Standard ambulanten DBT überragend - DBT Adherence und Variabilität in Behandlungsorganisation nicht untersucht - größtes Limit: keine Randomisierung, deshalb Hypothese, dass Pat. die zuerst auf WL, sich später in DBT zu anderen Pat. (die direkt zu DBT) signifikant unterscheiden - kein Follow- up</p> <p><u>Empfehlungen:</u> - RCT's zum Vergleich mit ambulanter DBT und anderen stationären Programmen - Stabilität der Ergebnisse über Follow- up noch zu prüfen</p> <p>EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) III.</p>

Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R. & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Center. *Cognitive and Behavioral Practise*. 14, 406-414.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes & Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen , Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
<p>DESIGN Prä- Post- Test</p> <p>ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - Prä-post- Test Ergebnisse von selbstzugefügten Verletzungen und Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen durch Dialektisch- Behaviorales Therapie (DBT)- Programm untersuchen - Resultate vergleichen mit RCT's über DBT von Linehan</p> <p>SETTING Harborview Mental Health Services (HMHS), Ort: Seattle, Washington</p> <p>STICHPROBE - n=38 englisch-sprechende ambulante Patienten (Pat.) aus verschiedenen Services, die im HMHS DBT- Programm eingeschrieben sind - Alter: von 19 bis 54 Jahre, Mittelwert (m)=34 - 96% Frauen, 96% erfüllen Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPD), 91% mit Vorgeschichte von selbstverletzendem Verhalten, darunter mindestens ein Suizidversuch (außerdem auch Pat. mit Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Drogenproblemen) <u>Einschlusskriterien:</u> - Männer und Frauen - Pat., die von Behandlung profitieren, auch Inhaftierte mit BPD in King Country Gefängnis mit bipolaren, psychotischen Störungen (wären bei Standard-DBT ausgeschlossen) <u>Ausschlusskriterien:</u> - geistige Behinderung - Drogenprobleme ohne gleichzeitige Behandlung - Pat. ohne Vorgeschichte von Suizidabsicht oder Inanspruchnahme von Krisenservices</p> <p>RANDOMISIERUNG keine Randomisierung, keine Verblindung</p> <p>ETHIK - Freiwillige Teilnahme ohne finanzielle Entschädigung - alle Verfahren genehmigt von Ethikkommissionen der HMHS, der University of Washington und des King Country</p>	<p>INTERVENTION • HMHS Dialektisch- Behaviorales Therapie (DBT)-Programm: - ziemlich gleich wie Standard- DBT von Linehan - Anpassungen bezüglich: Gruppen- Skills- Schulung, Telefon Konsultation und Therapeuten Teamsitzungen - zusätzlich: DBT- orientiertes Fallmanagement und administrative Meetings - Therapeuten des Behandlungsteams 10-Tage DBT-Intensivschulung durch ersten Autor (Comtois) - 1 Jahr Behandlung, anschließend weiterführendes Programm (HMHS DBT-ACES) verfügbar (nicht Teil der Prä-Post Studie)</p> <p>OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - medizinisch behandelte selbstzugefügte Verletzungen & Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen mit Treatment History Interview (THI) - THI zeigt verschiedene Behandlungs- Services auf (Notfallbesuch, Hospitalisierungen, Polizeibesuche, Ambulanz Service, Krisenanrufe, Arztbesuche) und Gründe, weshalb diese in Anspruch genommen wurden (Selbstverletzung, Selbstmordversuch, -absicht, Drogenmissbrauch etc.) - Diagnose von DSM-IV Achse I und II Störungen (bei Studienbeginn) mit Structured Clinical Interview (SCID-I und -II)</p> <p>DATENSAMMLUNG - THI zu Beginn und am Schluss der Behandlung durchgeführt - Interviewer zur Datenanalyse in Messinstrumenten geschult, gleichzeitig Gruppenführer und Case Manager</p> <p>DATENANALYSE - nicht-parametrische Tests um Prä-Post- Differenzen auszuwerten (wegen verzerrten Verteilungen der Variablen von selbst-zugefügten Verletzungen und Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen) - gepaarte t-Tests</p>	<p>- 9 Pat. Teilnahme verweigert/abgebrochen , 4 Pat. nicht mehr kontaktierbar, 1 Pat. nur 6 Monate mitgemacht , 1 Pat. verstorben</p> <p><u>medizinisch behandelte selbstzugefügte Verletzungen:</u> - signifikant über 1 Jahr DBT verbessert, von Median (M)=2 auf M=0 ($p<0.05$) - Mittelwert vor Therapie 2.91 (SD=6.25), nach 1Jahr Therapie 2.09 (SD=8.30), Effektstärke=0.13</p> <p><u>Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen:</u> - nach 1 Jahr DBT psychiatrische Notfälle ($p<0.05$), stationäre psychiatrische Aufnahmen ($p<0.001$), durch Krise ausgelöste psychiatrische Aufnahmen ($p<0.01$), Anzahl psychiatrische Krankenhaustage ($p<0.001$) und freiwillige und unfreiwilligen Hospitalisierungen, Notfälle, Polizei- oder Sanitätseinsätze, Krisenkliniken und Zwangseinweisungen von 3 verschiedenen Systemen ($p<0.01$) signifikant gesunken</p> <p><u>Vergleich Resultate mit RCT's von Linehan:</u> - behandelte selbst-zugefügten Verletzungen: HMHS DBT: $m=2.1$/ Standard- DBT: $m=0.6$/ gewöhnliche Behandlung (TAU): $m=1.8$ - Selbstverletzung inkl. Suizidversuch: HMHS DBT: 66.7%/ Standard- DBT: 63.6%/ TAU= 95.5% - Patienten, die Programm verlassen: in HMHS: 24%/ in Standard- DBT: 17%/ in TAU: 77% - andere Inanspruchnahmen von Krisendienstleistungen ähnlich wie in Standard- DBT, aber tiefer als in TAU (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Van den Bosch et al., 2005; Verheul et al., 2003)</p>	<p>DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN <u>Positive Aspekte von HMHS- DBT:</u> - im ersten Jahr der DBT signifikante Reduktion medizinisch behandelter selbst-zugefügten Verletzungen, sowie psychiatrische Notaufnahmen, totale stationäre psych. Aufnahmen, totale krisenbedingte psych. Aufnahmen, totale verbrachte Tage in psychischer Hospitalisierung und Anzahl Inanspruchnahme von Krisendienstleistungen - potentielles Programm für andere psych. Gesundheitskliniken - DBT ein anpassungsfähiges Programm für ein natürliches Setting - Erfolge durch Schulung des Behandlungsteams und ständige Aufmerksamkeit der Adherence - Aufgrund des Abfalls der Hospitalisierungen wurde zusätzlich finanzieller Aspekt untersucht: nach 1 Behandlungsjahr sanken ambulanten Kosten von einem $m=\\$12'850$ auf $m=\\$0$ ($p<0.001$) - derartige ökonomische Analysen wichtig für zukünftige Studien</p> <p><u>Einschränkungen der Studie:</u> - Bedrohung interner Validität durch fehlende Kontrollgruppe, deshalb nicht aussagekräftig, ob Fortschritte auf DBT-Intervention zurückzuführen - Differenzen zwischen vorliegender Studie und den RCT's, mit denen verglichen wurde (Ein- und Ausschlusskriterien unterschiedlich, Messungen weniger strikt) - aufgrund fehlender Verblindung Vorurteile möglich - wegen geringem Budget für das Programm war Kodierung für formale Adherence nicht möglich</p> <p>EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) III.</p>

Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment for Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (4), 421-429.

Design, Ziel/ Frage/ Hypothese, Setting, Stichprobe, Randomisierung, Ethik	Intervention, Outcomes & Messinstrumente, Datensammlung, Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion, Schlussfolgerungen, Evidenzgrad nach Stetler et al. (1998)
<p>DESIGN klinischer Versuch</p> <p>ZIEL/FRAGE/HYPOTHESE - Effizienz der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) zur Reduktion von versch. Verhalten, welche zur Therapie des Posttraumatischem Stresssyndrom (PTSD) ausgeschlossen werden (wie: suizidales Verhalten, Selbstverletzung, aktuelle Drogenabhängigkeit, schwere Dissoziation) - Hypothese: Patientinnen (Pat.) mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) plus PTSD erlangen während DBT weniger gut Kontrolle über diese Ausschlusskriterien, als Borderline- Pat. ohne PTSD - Pat. mit BPD+PTSD, die bei Studienbeginn schwerere Ausschlusskriterien aufweisen, weniger geeignet für PTSD-Behandlung nach der DBT</p> <p>SETTING University of Washington, Ort: Washington</p> <p>STICHPROBE - Frauen mit BPD, die in RCT von Linehan et al.(2006) teilnahmen, dort in der DBT Gruppe eingeteilt waren und mind. ein Ausschlusskriterium der PTSD nach dem Prolonged Exposure manual (PE, Foa, Hembree & Rosenbaum, 2007) aufweisen (n=51) <u>Einschlusskriterien:</u> - Kriterien der BPD - weiblich, im Alter von 18-45 Jahren - mind. 2 Suizidversuche und/oder nicht-suizidale Selbstverletzung in den letzten 5 Jahren, ein Akt mind. in 8 Wochen vor Studienbeginn <u>Ausschlusskriterien:</u> - Kriterien für psychotische oder bipolare Störung - geistige Behinderung - medikamentenpflichtige Krampfanfälle - anderer Zustand, der Therapie erfordert</p> <p>RANDOMISIERUNG - keine Randomisierung, Pat. entweder Diagnose BPD+PTSD (n=26) oder nur BPD (n=25) - Verblindung der Einschätzer</p> <p>ETHIK - Informierte schriftliche Zustimmung der Pat. - Protokolle genehmigt durch Ethikkommission der University of Washington</p>	<p>INTERVENTION • Dialektisch- Behaviorale Therapie von Linehan - wöchentliche individuelle Psychotherapie (1h/Woche) - Gruppen Skills-Training (2.5h/ Woche) - Telefonkonsultation (wenn benötigt) - Wöchentliche Teamsitzungen der Therapeuten - Therapiedauer: 1 Jahr</p> <p>OUTCOMES & MESSINSTRUMENTE - suizidales Verhalten, Selbstverletzung durch Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII, für aktuelle Studie folgende Items: <i>Inzidenz und Neuheit von Suizidversuchen und nichtsuizidaler Selbstverletzung, Wirkung von nichtsuizidaler Selbstverletzung auf individuellen Gesundheitszustand</i>: 0=keine Wirkung, 7=tödliche Wirkung, Tod eingetreten) - und durch Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ, für aktuelle Studie 3 folgende Items: <i>Suizidabsicht in letzten 4 Wochen</i>: 0=überhaupt nicht, 4=sehr oft, <i>Wahrscheinlichkeit Suizidversuch in nächsten 4 Wochen</i>: 0=überhaupt keine Chance, 4=sehr wahrscheinlich, <i>Gegenwart eines Suizidplans</i>: 0=nein, 1=ja, vager Plan, 4=ja, definitiver Plan) - Drogenabhängigkeit und PTSD mit Longitudinal Interval Follow- up Evaluation (LIFE) - Dissoziation durch Dissociative Experiences Scale-Talon (DES-T) - Diagnose von DSM-IV Achse I und II Störungen (bei Baseline) mit Structured Clinical Interview (SCID I und-II) und International Personality Disorder Examination (IPDE)</p> <p>DATENSAMMLUNG - alle Pat. Standard- DBT erhalten - Assessment bei Studienbeginn (t₀), dann in 4 Monats (Mt.)- Intervallen, d.h. nach 4Mt. (t₄), nach 8Mt (t₈) und nach 12Mt. (t₁₂) durch geschulte, verblindete Einschätzer</p> <p>DATENANALYSE - Intention-to-treat-Analyse - binary Hierarchial Linear Models (HLM) - t- Tests (mit Cohen's d Effektstärke)</p>	<p>- Pat. mit BPD+PTSD mehr Kriterien der Achse I Störungen erfüllt als BPD ohne PTSD (p<0.05), sonst keine demographische oder diagnostische Unterschiede</p> <p><u>suizidales Verhalten, Selbstverletzung:</u> - Selbstverletzung und Suizidrisiko: signifikant während Behandlungsjahr gesunken (p<0.01, kein Unterschied in PTSD Status) - Selbstverletzung bei BPD ohne PTSD: t₀=96.0%, t₄=60.0%, t₈=44.0%, t₁₂=44.0% - Selbstverletzung bei BPD+PTSD: t₀=96.2%, t₄=69.2%, t₈=48.0%, t₁₂=29.2% - Suizidrisiko bei BPD ohne PTSD: t₀=36.0%, t₄=8.7%, t₈=4.3%, t₁₂=8.0% - Suizidrisiko in BPD+ PTSD komplett eliminiert: t₀=28.0%, t₄=12.0%, t₈=8.0%, t₁₂=0.0%) - bei jenen Pat., die nach Behandlung genannte Ausschlusskriterien nicht eliminiert haben, zeigten sich mehr Suizidversuche in 4Mt. vor Therapiebeginn und schwerere PTSD bei Therapiebeginn</p> <p><u>Drogenabhängigkeit und Dissoziation:</u> - Dissoziation bei BPD+ PTSD von 44.0% auf 22.7% signifikant gesunken (p<0.05) - Drogenabhängigkeit in BPD+ PTSD komplett eliminiert (von 19.2% auf 0.0%, p<0.05) - Dissoziation und Drogenabhängigkeit bei BPD ohne PTSD nicht signifikant gesunken</p> <p><u>Eignung für PTSD- Therapie:</u> - Anzahl geeigneter Pat. für PTSD- Behandlung während Behandlungsjahr signifikant gestiegen (kein Unterschied in PTSD Status), 80-82% der Pat. weisen nämlich immer noch Kriterien der PTSD auf - Pat., die Trauma in bereits Kindheit erlitten, gleich geeignet für PTSD-Behandlung wie Pat. mit Trauma in Erwachsenenalter</p>	<p>DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNGEN - DBT effektiv zur Stabilisierung suizidalem, selbstverletzendem Verhalten & weiteren Problemen bei PTSD, die sonst bei PTSD- Therapie ausgeschlossen werden - auch wie in anderen Studien erwähnt, beeinträchtigt PTSD die DBT Behandlungsergebnisse bei BPD-Pat. nicht, verbessert sie sogar - Kriterien der PTSD auch in anderer Studie nach 1 Jahr DBT immer noch vorhanden (65.2%) - auch wie in anderen Studien ergab größere PTSD Symptomschwere bei Studienbeginn schlechtere Ergebnisse</p> <p><u>Einschränkungen der Studie:</u> - Ausschlusskriterien für PTSD von PE abgeleitet und niemals empirisch getestet - Unfähigkeit, einige Ausschlusskriterien der PE zu testen, da keine Daten vorlagen - nur Bezug gemacht zu Prolonged Exposure Therapy, aber auch andere Wege für PTSD Behandlung - kein Einbezug von spezifischen PTSD- Messinstrumenten</p> <p><u>Empfehlungen:</u> - Behandlung PTSD durch DBT möglich bei Pat, die Ausschlusskriterien eliminieren können, deshalb PTSD-Therapie zu Standard-DBT hinzufügen - längerer Verlauf der DBT eliminiert evt. übrige Ausschlusskriterien - weitere Forschung zur Behandlung der Non-Responder während DBT - weitere Forschung bei suizidalen und selbstverletzenden PTSD- Pat. ohne BPD, Einbezug von Männern und Pat., die explizit PTSD- Behandlung suchen</p> <p>EVIDENZGRAD NACH STETLER ET AL. (1998) III.</p>

Anhang D: Evidenzgrad der Studien nach Stetler et al. (1998)

Studiendesign	Stärke der Evidenz
Metaanalyse verschiedener kontrollierter Studien	I.
Einzelne Experimentalstudie	II.
Quasi- experimentelle Studie, zum Beispiel nicht randomisierter kontrollierter Einzelgruppen- Präposttest, Langzeit mit Testserien oder parallelisierte Fall-kontrollierte Studien	III.
Nicht- kontrollierte Studie, zum Beispiel deskriptive Korrelationsstudien, qualitative oder Fallstudien	IV.
Fallbericht oder systematisch ermittelte, verifizierbare Qualität oder Programm-Evaluierungsdaten	V.
Meinungen angesehener Autoritäten; oder die Meinungen eines Expertenkomitees, einschließlich ihrer Interpretation von nicht-forschungsbasierten Informationen	VI.

Anhang E: Qualitätseinschätzung der Studien

Qualitätsbogen angepasst an den Bogen „Beurteilung einer Interventionsstudie“ von Behrens und Langer (2010): Glaubwürdigkeit

Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder – 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	ja: computergesteuerte minimalisierte Methode
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	unklar: genaue Gruppenzuteilung nicht erwähnt
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: Follow- up=81%, aber Ausfallsquote nicht erwähnt
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	teilweise: Einfachverblindung (nur Einschätzer waren verblindet)
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	ja: keine signifikanten Gruppenunterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: alle Teilnehmer wurden gleich behandelt, Ergebnis beeinflussende Faktoren: - Ergebnisse evt. beeinflusst durch grösseren Enthusiasmus der DBT-Therapeuten - Unwahrscheinlich, dass Einschätzer nach 12Mt. immer noch verblindet
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	ja: Intention- to- treat- Analyse durchgeführt
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	unklar: nicht erwähnt, ob Poweranalyse durchgeführt wurde
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	teilweise: manche Ergebnisse vergleichbar mit anderen Studien, manche Ergebnisse neu, erste Studie außerhalb USA und nicht durch Linehan durchgeführt

van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1231-1241.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	ja: computergesteuerte Methode
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	unklar: genaue Gruppenzuteilung nicht erwähnt
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	nein: Follow- up=71% und Ausfallsquoten nicht begründet
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	nein: keine Verblindung
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	ja: keine Gruppenunterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	nein: während 6Mt. Follow- up Patienten (Pat.) in Interventionsgruppe keine DBT erhalten, jedoch Pat. in Kontrollgruppe weiter ambulant betreut, keine Ergebnis beeinflussende Faktoren erwähnt, aber möglich, dass z.B. Hawthorne- Effekt Ergebnisse beeinflusst hat
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	ja: Intention- to- treat- Analyse durchgeführt
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	unklar: nicht erwähnt, ob Poweranalyse durchgeführt wurde
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	ja: Ergebnisse vergleichbar mit anderen Studien

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	ja: computergesteuerte Methode
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	unklar: genaue Gruppenzuteilung nicht erwähnt
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: Follow- up=69.3%, Ausfallsquoten aber begründet
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	teilweise: Einfachverblindung (nur Einschätzer waren verblindet)
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	ja: keine Gruppenunterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: alle Teilnehmer wurden gleich behandelt, Ergebnis beeinflussende Faktoren: - Resultate evt. beeinträchtigt durch Heterogenität der CTBE verglichen mit höherer Homogenität der DBT - Medikamentengebrauch durch Behandlungsphilosophie der Therapeuten, sowie durch symptomatischen Bedarf beeinflusst
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	ja: Intention- to- treat- Analyse durchgeführt
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	ja: Poweranalyse erfüllt
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	teilweise: manche Ergebnisse vergleichbar mit anderen Studien

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	ja: Blockrandomisierung
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	unklar: versiegelter, aber unklar ob undurchsichtiger Umschlag (mit Gruppenzuteilung für vier Patienten)
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: Follow- up=62%, aber Ausfallsquote begründet
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	teilweise: Einfachverblindung (nur Einschätzer waren verblindet)
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	ja: keine Gruppenunterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: alle Teilnehmer wurden gleich behandelt, Ergebnis beeinflussende Faktoren: - Primäres Outcome durch Selbst-Bericht gemessen, deshalb Gefahr von Antwortverzerrungen
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	ja: Intention- to- treat- Analyse durchgeführt
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	ja: Poweranalyse erfüllt
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	teilweise: manche Ergebnisse vergleichbar mit anderen Studien

Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162-173.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	teilweise: Scheinrandomisierung mittels Ziehen von undurchsichtigen Umschlägen
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	unklar: blickdichter, aber unklar ob versiegelter Umschlag
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: Follow- up=69.9%, aber Ausfallsquoten nicht begründet
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	teilweise: Einfachverblindung (nur Einschätzer waren verblindet)
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	ja: keine Gruppenunterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: alle Teilnehmer wurden gleich behandelt, Ergebnis beeinflussende Faktoren: - Hawthorne-Effekt, ungeeignete Kontrollgruppe (WL), positive Effekte der TAU in der Hunter Region, Änderungen der Standard-DBT - Verbesserungen in sekundären Outcomes evt. aufgrund unterschiedlicher Therapiestunden
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	ja: Intention- to- treat- Analyse durchgeführt
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	ja: Poweranalyse erfüllt
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	teilweise: manche Ergebnisse vergleichbar mit anderen Studien

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unkel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	nein: keine Randomisierung (Pat. zuerst auf WL, dann fortlaufend Eintritt in DBT)
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	nein: Pat. zuerst auf WL, dann fortlaufend Eintritt in DBT
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	ja: Follow- up=83% und Ausfallsquote begründet
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	unklar: Verblindung nicht erwähnt
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	ja: keine Gruppenunterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: alle Teilnehmer wurden gleich behandelt, Ergebnis beeinflussende Faktoren: - Behandlungskontinuität, Therapeuten- und Patientenmotivation, Neigungen zur Selbst-Selektion - nicht klar ob Effekte spezifisch für stationäre DBT
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	ja: Intention- to- treat- Analyse durchgeführt
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	ja: Poweranalyse erfüllt
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	ja: alle Ergebnisse vergleichbar mit anderen Studien

Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R. & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Center. *Cognitive and Behavioral Practise*. 14, 406-414.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	nein: keine Randomisierung da keine Kontrollgruppe
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	nein: keine Gruppenzuteilung da keine Kontrollgruppe
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: Follow- up=76%, aber Ausfallsquote begründet
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	nein: keine Verblindung durchgeführt
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	unklar: statt Untersuchungsgruppen: Charaktere der zu untersuchenden Patienten: ähnliche Charaktere, nicht erwähnt ob keine signifikanten Unterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: statt Untersuchungsgruppen: Patienten: alle Teilnehmer wurden gleich behandelt, Ergebnis beeinflussende Faktoren: - fehlende Kontrollgruppe, deshalb nicht aussagekräftig, ob Fortschritte auf DBT-Intervention zurückzuführen - aufgrund fehlender Verblindung Vorurteile möglich
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	unklar: keine Intention- to- treat- Analyse erwähnt
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	unklar: keine Poweranalyse erwähnt
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	ja: Ergebnisse mit RCT's verglichen und sind im Einklang

Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment for Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (4), 421-429.

Frage	Kriterien	Beurteilung	Bewertung
1. War die Rekrutierung der Teilnehmer adäquat?	- Zufallsstichprobe oder angepasste Ein- und Ausschlusskriterien	- ja - nein/unklar	ja: Gelegenheitsstichprobe, aber angemessene Ein- und Ausschlusskriterien definiert
2. War die Randomisierung der Teilnehmer adäquat?	- adäquat: Randomisierung durch computergenerierte Zufallszahlen oder Zufallszahlentabellen - Scheinrandomisierung: alternative Methoden, Patientennummern, Geburtsdaten oder Wochentage	- ja (adäquat) - teilweise (Scheinrandomisierung) - nein/unklar (keine oder unklar)	nein: keine Randomisierung, zwei verschiedene Gruppen mit verschiedenen Diagnosen, jedoch gleiche Intervention erhalten
3. War die Gruppenzuteilung der Teilnehmer adäquat?	- Verdeckte Zuteilung (per Telefon oder Internet, versiegelter, blickdichter nummerierter Briefumschlag/Beutel/Behälter)	- ja - nein/unklar	nein: keine Zuteilung der Teilnehmer, da Pat. entweder Diagnose BPD+PTSD oder BPD ohne PTSD
4. Waren mindestens 80% der Teilnehmer, die am Anfang der Studie teilgenommen haben, am Ende noch dabei und wurden die Ausfallsquoten begründet?	- Follow- up > 80% - Ausfallsquote begründet	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur 1 Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	unklar: weder Follow- up noch Ausfallsquote erwähnt
5. Waren die Teilnehmer, die Therapeuten und die Einschätzer verblindet?	- Teilnehmer, Therapeuten und Einschätzer sind verblindet	- ja (Dreifachverblindung) - teilweise (Doppel- oder Einfachverblindung) - nein/unklar (keiner oder unklar)	teilweise: Einfachverblindung (Einschätzer waren verblindet über Diagnose der Pat.)
6. Waren die Untersuchungsgruppen bezüglich demographischen und klinischen Variablen zu Beginn der Studie ähnlich?	- Keine signifikanten Unterschiede	- ja (keine) - teilweise (demographische oder klinische) - nein/unklar (signifikante Unterschiede oder unklar)	teilweise: Pat. mit BPD+PTSD mehr Kriterien der Achse I Störungen erfüllt als BPD ohne PTSD sonst keine demographische oder diagnostische Unterschiede
7. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt und ist es unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?	- Untersuchungsgruppen wurden gleich behandelt - Keine Ergebnis beeinflussenden Faktoren (Reifung, aktuelles Geschehen, Testtrübung, Selektionsfehler, Mortalität)	- ja (beide Kriterien erfüllt) - teilweise (nur ein Kriterium erfüllt) - nein/unklar (kein Kriterium erfüllt oder unklar)	teilweise: alle Teilnehmer wurden gleich behandelt, keine Ergebnis beeinflussende Faktoren erwähnt, aber möglich, dass z.B. Hawthorne- Effekt Ergebnisse beeinflusst hat
8. Wurden alle Teilnehmer in der zu Beginn der Studie zugeteilten Gruppe bewertet?	- Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe oder Intention-to-treat-Analyse	- ja - nein/unklar	ja: kein Teilnehmer wechselte die Gruppe (da Gruppe=Diagnose)
9. War die Grösse der Stichprobe ausreichend, um einen Effekt nachzuweisen?	- Poweranalyse erfüllt	- ja - nein/unklar	unklar: keine Poweranalyse erwähnt
10. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	- Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien	- ja (alle Ergebnisse) - teilweise (wenn ein Ergebnis nicht gleich) - nein/unklar (keine Ergebnisse oder unklar)	ja: alle Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet